A Vazquez Gomez (F.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

CANALIZACIÓN

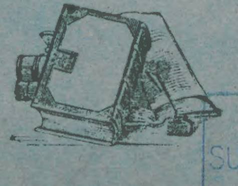
DE

LOS ABSCESOS DEL HIGADO.

Trabajo inaugural que para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

Francisco Vazquez Gómez

Alumno de la Escuela N. de Medicina, miembro de la „Sociedad Filoiátrica," Ex-practicante del Hospital "San Hipólito" y de la séptima Inspección de Policía, Practicante del Hospital "Concepción Béistegui" y del Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública.



MÉXICO.

Tip. de la Escuela Industrial de Huérfanos.

Técpam de Santiago.

1889.

Sr. Dr. D. José M. Bandera,
Sinodal suplente.
F. G.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

CANALIZACIÓN

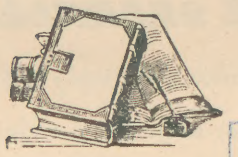
DE

LOS ABSCESOS DEL HIGADO.

Trabajo inaugural que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

Francisco Vazquez Gómez

Alumno de la Escuela N. de Medicina, miembro de la „Sociedad Filoiátrica,"
Ex-practicante del Hospital
"San Hipólito" y de la séptima Inspección de Policía, Practicante
del Hospital "Concepción Béistegui"
y del Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública.



MEXICO.

TIP DE LA ESCUELA INDUSTRIAL DE HUÉRFANOS.
Técpam de Santiago.
1889.

A mis queridos Padres.

Justo tributo de amor filial.

A mi hermano Emilio

A cuyo ejemplo y solicitud
debo el haber terminado mi carrera.

Al inteligente Cirujano

Dr. Francisco de P. Chacón.

A quien como Médico, como Maestro
y como amigo, debo infinitas consideraciones.

A mis queridos maestros

Dors. J. Ramón Icasa y Manuel Gutiérrez.

Respeto y Gratitud.

A mi buen amigo é inteligente condiscípulo

Rafael Norma.

Como prueba de amistad sincera.

A la memoria de mi sabio maestro

DR. FRANCISCO ORTEGA.

Gratitud y Admiración.

Señores Jurados:

Después que los trabajos científicos de los sabios de Ultramar determinaron una revolución en el extenso campo de la cirugía: Cuando tuvimos la fortuna de asistir á la lucha establecida entre las ideas propagadas por el empirismo y las emanadas de una observación atenta y rigurosa; y más todavía, cuando del conflicto originado por doctrinas tan opuestas hemos visto surgir las bases de una intervención racional, ya no miramos como temerario al cirujano que abre la cavidad del vientre, si para ello pone en práctica las reglas fundamentales de la antisepsia. No vamos á ocuparnos en agregar razonamientos nuevos al sostenimiento de esta verdad indiscutible; porque si bien es cierto que hay médicos que no la aceptan todavía sino bajo reservas infundadas, tenemos en cambio una infinidad de hechos que en el terreno de la práctica son más elocuentes que las palabras. En efecto; si registramos los anales de la cirugía ocular en sus operaciones más delicadas; si recorremos la historia de la cirugía del vientre y del pecho en la segunda mitad del siglo en que vivimos, fácilmente nos convenceremos de la legitimidad de este hecho evidentísimo: *los resultados felices en las operaciones aumentan paralelamente con los cuidados de asepsia.*

Por nuestra parte, no abrigamos la pretensión de enriquecer con nuestro contingente humilde la cirugía nacional; pero ya que los estatutos de nuestra Escuela nos obligan á presentar al Jurado una prueba escrita, hemos querido obedecer á dos ideas igualmente meritorias. Es la primera, no copiar ciegamente las opiniones de los sabios sobre cuestiones que están todavía en el escabroso terreno de la discusión; y los conceptos emitidos en este insignificante trabajo, no reconocerán otro fundamento que el que naturalmente presta la observación atenta de los hechos. La segunda es que siendo nuestro compatriota, el Dr. Miguel Jimenez, quien directamente extrajo por primera vez el pus de los abscesos del hígado, hemos querido á la vez que rendir un justo homenaje á su memoria, hablar de un procedimiento cuyos detalles no conoció seguramente; pero que es una derivación legítima del suyo. Nos referimos á la CANALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS DEL HÍGADO.

En consecuencia, después de haber anotado, aunque someramente las fases que recorrió la operación que nos ocupa, enumeraremos sus indicaciones más principales, haremos un estudio crítico de los procedimientos más usados, indicaremos cuál nos parece preferible y las razones que nos asisten para creerlo así, terminando con la exposición de las observaciones que personalmente hemos recogido, así como de las que nos han suministrado personas inteligentes y dignas de fe.

F. Vázquez Gómez.

I

Consideraciones históricas.

Cuando un proceso flemásico de cualquiera naturaleza que sea, ha terminado por la supuración de los tejidos afectados, la indicación capital es dar salida al pus tan luego como se reconoce su existencia; pero al llevar á la práctica una concepción tan justamente sancionada por la experiencia de los siglos, los procedimientos han variado con la anatomía de la región enferma, así como con los adelantos que el arte de curar realiza á cada instante. Por eso es que las más grandes notabilidades quirúrgicas de la primera mitad de nuestro siglo, han tenido que vacilar y proceder con temor siempre que se trataba de evacuar el pus de los abscesos hepáticos: estaban por una parte la importancia del órgano afectado y sus relaciones con el peritoneo, y por la otra, la carencia de recursos eficaces para prevenir las consecuencias de una solución de continuidad en región tan delicada.

Estas consideraciones dieron origen indudablemente á procedimientos como el de Recamier: en él se trataba de llegar al foco, pasando por el peritoneo después de haber provocado en esta serosa una inflamación adhesiva y circunscrita. De aquí también el procedimiento de Bégin, modificado más tarde por el Dr. Graves de Dublin: las paredes del vientre no fueron entonces lentamente divididas por la potasa cáustica como en el primero, sino en una sola vez y con el bísturi. Pero los resultados no correspondieron á las esperanzas, y muy comunmente la peritonitis

no era adhesiva y circunscrita sino generalizada y mortal.

El problema subsistía, pues, con todos los escollos que lo habían rodeado. En efecto; ¿por dónde y cómo se debía atacar al hígado con menos peligros para el operado?

En México, donde por desgracia los abscesos hepáticos son frecuentemente la consecuencia obligada del alcoholismo, no dejaron de preocuparse los médicos de una cuestión tan importante. Esto dió por resultado que la terapéutica quirúrgica más racional de una afección tan grave, tuviera su cuna en nuestra patria; pues el talento nada común de los doctores Miguel F. Jiménez y José M. Vértiz, hizo que los focos purulentos desarrollados en el hígado, tuvieran en lo de adelante menos víctimas.

El primero de estos distinguidos clínicos, después de haber perfeccionado el diagnóstico de los abscesos del hígado, instituyó en el año de 1852, la punción con el trócar á través de los espacios intercostales, como tratamiento general de dichos abscesos.

Las razones que tan eminente clínico tuviera para aceptar este lugar de elección como el más á propósito para penetrar, creemos que pueden reducirse á dos: el íntimo contacto del lóbulo derecho del hígado con la pared costal correspondiente y la poca extensión de los movimientos ejecutados allí. En efecto; al practicar una operación de esta naturaleza, puede el cirujano encontrar dos condiciones enteramente distintas: ó hay adherencias peritoneales en la región operada ó no las hay. En el primer caso, no debemos temer mucho la peritonitis consecutiva al derrame de una cantidad de pus áun insignificante, por lo mismo que las adherencias preestablecidas, desempeñan el papel de elementos protectores. En el segundo caso, es decir, si el proceso flemásico se ha localizado en la profundidad del parenquima y esto mismo ha hecho que las adherencias peritoneales no existan, tampoco vendrá la peritonitis generalizada, debido principalmente á las dos circunstancias que antes señalábamos: al inmediato contacto de la pared continente y de la glándula contenida, así como á la poca movilidad de esta última.

En el año de 1858, el mismo Sr. Jiménez habiendo notado que los enfermos rehusaban someterse varias veces á la misma operación, cuando era necesario, creyó conveniente modificar su método primitivo de una manera que suprimía hasta cierto punto aquellas dificultades. La modificación consistió en dejar á permanencia la cánula del trócar sujetándola convenientemente al tronco: así, á la vez que no había necesidad de repetir la punción, se obtenía el escurrimiento del pus á medida que se formaba en el foco, y se podía obrar sobre las paredes de éste por medio de inyecciones detersivas ó irritantes.

La canalización se había efectuado aunque de una manera imperfecta; pero una vez dado el primer paso ó puesta en práctica la idea fundamental, no debieron tardar las modificaciones, como en efecto no tardaron hasta llegar á la época presente.

Algunos años después de aquel á que nos acabamos de referir, el Dr. J. M. Vértiz sustituyó la cánula rígida del trócar por un tubo de canalización de Chassaignac. Las ventajas de esta modificación fueron de tal manera evidentes y los resultados tan felices, que el mismo Sr. Jiménez la adoptó sin vacilación alguna, según lo expresa en sus lecciones clínicas donde dice: "Quedaba, pues, imperfecta la resolución del problema cuando ocurrió á mi distinguido amigo el Sr. Dr. Vértiz, la feliz idea de aplicar á los abscesos del hígado el método de canalización (drainage) de Chassaignac y el primer ensayo tuvo en sus manos un éxito admirable." Más adelante, y refiriéndose á la misma modificación, continúa: "Varios casos se han perdido á pesar de todos esos cuidados, porque el accidente de la supuración del hígado es verdaderamente terrible: pero otros se han logrado y hasta este momento la comparación es muy favorable al procedimiento tal cual he procurado describirlo."

A pesar de las ventajas que se habían obtenido con las modificaciones anteriores, no permanecieron las cosas en el mismo estado; pues aquí mismo en México, el Dr. Clement, en lugar de un solo tubo, introdujo en diversos pun-

tos dos tubos distintos, haciendo pasar por su medio una corriente continua de agua, la cual arrastraba los productos formados.

Por último, hace ya varios años que el Dr. Marín, de Puebla, emplea la canalización en los abscesos de hígado, sirviéndose del bísturi para abrir ampliamente el foco y facilitar el escurrimiento del pus. No hacemos una descripción detallada del procedimiento que, según sabemos ha puesto varias veces en práctica, porque no hemos tenido la fortuna de conseguir sus trabajos con oportunidad.

Como se ve por lo que acabamos de asentar, la historia del tratamiento quirúrgico mejor dirigido contra los abscesos del hígado, es exclusivamente mexicana; y mientras que en la vieja Europa se recurría en casos semejantes á la potasa cáustica ó á otros medios igualmente dilatados, en México se penetraba directamente al hígado y se le despojaba en una sola vez de su incómodo huésped. Y no se vaya á creer que se penetraba por audacia, pasando por alto los peligros de una inflamación peritoneal; porque además de que la anatomía indicaba esa manera de proceder, la clínica confirmaba perfectamente una indicación tan justa. En comprobación de esto, vamos á citar textualmente las palabras del Dr. Jiménez en que refiriéndose á la misma cuestión dice: "en centenares de punciones que he ejecutado, jamás he visto sobrevenir los síntomas de una peritonitis."

Pues bien, si para juzgar los procedimientos anteriores tuviéramos que atenernos exlcusivamente á la estadística de entonces comparada con la de hoy, ó si los elementos que nos sirvieran de apoyo para emitir nuestro juicio reconocieran como base la antisepsia, habríamos caído en un error imperdonable; pues es una verdad reconocida que siempre que tratemos de discernir sobre lo que cae bajo el dominio de la historia tenemos forzosamente que colocarnos en las mismas condiciones en que existió la cosa que se juzga. Si queremos, pues, ser consecuentes con este principio á todas luces lógico y racional, no se nos ocurrirá comparar las estadísticas de aquellos tiempos con las de los tiem-

pos presentes; porque basta que en la actualidad contemos con recursos eficaces para prevenir ó combatir la infección y sus terribles consecuencias, para que los hechos carezcan de la paridad indispensable. Pero si en igualdad de condiciones, es decir, sin el poderoso auxilio de la antisepsia, comparamos los procedimientos de Recamier, de Bégin y de Graves con los de Jiménez, Vértiz, y Clement, exclusivamente nacionales, tendremos la legítima satisfacción de conceder á estos todas las ventajas que la experiencia se ha encargado de confirmar.

Sin embargo, á pesar de los progresos alcanzados hasta entonces y los cuales hemos creído conveniente bosquejar, la clínica se resentía con muchísima frecuencia de lo que faltaba á los procedimient s anteriores para llenar satistactoriamente las indicaciones. El arte exigía de la ciencia lo que ésta no podia proporcionarle en aquella época. De aquí que el práctico más experimentado tropezara frecuentemente con dificultades invencibles á la cabecera del enfermo, y que infinidad de veces viera desarrollarse el cuadro terrible de las septicemia sin poder evitar sus consecuencias funestas.

Pero no tardaron muchos años sin que al avance irresistible de los conocimientos humanos, un verdadero renacimiento se efectuara en el mundo médico. En efecto; si donde antes se miraba la acción maléfica y misteriosa del aire en su conjunto, se comprobó después la existencia de microbios, de esos séres infinitamente pequeños, pero cuya acción mancomunada destruye la organización más robusta: cuando reconocida la causa de una gran parte de los accidentes quirúrgicos se procuró obrar sobre sus elementos y se encontraron medios que prevenían su presencia en las heridas ó los destruían una vez desarrollados allí; en una palabra, cuando Lister inmortalizó su nombre valorizando y erigiendo en método lo que antes de él se había tenido oportunidad de observar, desde entonces decíamos, la conducta del cirujano reconoció una base sólida y segura.

Mientras Pasteur en sus experimentos sobre las fermen-

taciones esteriliza el aire haciéndolo pasar por el amianto y por una temperatura elevada, Guerin lo despoja de su acción nociva sobre las heridas por medio de su empaque algodonado y Lister purifica la atmósfera del campo operatorio con los vapores del spry, la región que va á operarse con las soluciones fénicas é impide la infección de las heridas con sus telas impermeables y asépticas.

Desde entonces, y contando con las ventajosas condiciones en que el cirujano se coloca al emprender una operación cualquiera, podemos comparar los procedimientos que han tenido por mira la curación de los abscesos del hígado, los diferentes detalles que les constituyen así como los resultados obtenidos en cada uno de ellos. Y como quiera que nos parece del todo indispensable decir algunas palabras acerca de las indicaciones de la canalización en los abscesos hepáticos, vamos á exponerlas brevemente, pues no nos es desconocida su importancia, y por lo mismo creemos que bien pudieran ser el objeto de un desarrollo especial. Tendremos igualmente que entrar en algunas consideraciones sobre la punción como medio curativo, aunque no sea sino para precisar sus límites de acción, más allá de los cuales no queda otro recurso que canalizar el absceso cuya curación tratamos de obtener.

II.

Indicaciones de la canalización en los abscesos del hígado.

Al ocuparnos de la segunda parte del programa que nos hemos propuesto desarrollar en el presente trabajo, vamos á considerar la cuestión bajo tres puntos de vista enteramente distintos; es decir, á establecer las indicaciones de la canalización, no teniendo en cuenta sino tres de los principales caracteres de los abscesos del hígado: sus dimensiones, su sitio y las complicaciones á que hayan dado lugar accidentalmente. Y si en estas breves consideraciones hacemos punto omiso de su número, no se crea por esto

que negamos á tal circunstancia todo el interés práctico que tiene, sino porque además de ser difícil diagnosticar seguramente su multiplicidad, no creemos que constituya una contraindicación formal al procedimiento que aceptamos, al menos en la mayoría de los casos más comunes.

De una manera general pudiéramos decir que cualquiera que sea el volumen del absceso que tratamos de curar, y siempre que no haya determinado alguna de las complicaciones que señalaremos más lejos, debemos recurrir á la punción aspiradora con el objeto de evacuar el pus y procurar la aproximación de las paredes del foco. Que si éste es de pequeñas dimensiones, bastará generalmente el medio que acabamos de mencionar; pero si una exploración atenta y cuidadosa nos ha revelado la existencia de un absceso voluminoso, es casi seguro que esta primera tentativa no producirá el efecto que se busca, á no ser que concurran otras circunstancias que mencionaremos después. En este supuesto, el práctico se encontrará con una de las dos siguientes condiciones: ó el trabajo supurativo desarrollado en el hígado ha minado más ó menos profundamente la economía, ó solamente ha determinado perturbaciones generales poco importantes. En el primer caso, si después de la primera punción los signos generales y físicos nos advierten que el absceso se reproduce con rapidez, creemos que debe procederse inmediatamente á practicar la canalización, como el medio más á propósito para prevenir el agotamiento irremediable del enfermo. En el segundo caso, estamos enteramente de acuerdo con que la punción aspiradora se repita, en tanto que el estado general del paciente no haya sufrido demasiado, y siempre que notemos una disminución progresiva del absceso; porque si esto no sucede, á pesar de que el organismo se encuentre en condiciones favorables, debe practicarse la canalización sin pérdida de tiempo.

Al emprender el estudio de la situación de los abscesos del hígado bajo el punto de vista en que nos colocamos por ahora, muy justo nos parece señalar su importancia terapéutica, porque en nuestro humilde concepto, la apre

ciación razonada de esta particularidad, influirá notablemente sobre la conducta que se deba seguir. Por nuestra parte, vamos á emitir una opinión que en seguida procuraremos fundar; pero si no lo conseguimos, será pura y sencillamente porque nuestra escasa inteligencia no nos permita vencer las dificultades que debamos encontrar. Esperamos fundadamente que no se nos tachará de pretenciosos, porque no es el deseo de aventurar algo nuevo el que nos guía; sino que amantes de buscar á los hechos observados alguna explicación que nos satisfaga, hemos creído conveniente exponer la que nos parece más justa.

Los abscesos hepáticos que en su crecimiento avanzan hacia la cavidad abdominal, son más susceptibles de ceder á las punciones repetidas, mientras que los que tienden á invadir la cavidad torácica ó sus paredes resisten más á estos medios y deben canalizarse si la primera punción no produce el efecto apetecido.

En apoyo de la proposición que acabamos de sentar, tenemos razones anatómicas y clínicas. En efecto, si recordamos en general que la glándula hepática se encuentra en relación por su cara inferior con el contenido enteramente movible de la cavidad del vientre; por su cara superior con el diafragma y por una gran parte de su lóbulo derecho con la cara interna de las últimas costillas, no nos será muy difícil explicarnos satisfactoriamente los hechos. Supongamos, por ejemplo, que se ha desarrollado un absceso en la cara cóncava del hígado ó muy cerca de ella: es muy lógico pensar que en su crecimiento progresivo, se extienda más por donde la resistencia que tiene que vencer sea más débil. ¿Y cuál de las regiones anteriormente mencionadas está compuesta de elementos más fácilmente desalojables? Indudablemente que la cavidad abdominal inclusive sus paredes ántero-laterales; luego en este sentido se verificará el crecimiento del absceso en cuestión.

Se nos dirá que el trabajo inflamatorio puede producir adherencias entre la pared inferior del foco y alguna parte del revestimiento intestinal. Esto es evidente; pero si tenemos en cuenta la movilidad de los intestinos, desde

luego debemos suponer que las adherencias dichas, no pondrán un obstáculo sério al movimiento de retracción que tratamos de obtener. En estas condiciones, el absceso se punciona y se extrae su contenido: este hecho producirá dos efectos diferentes, pero que concurrirán al mismo resultado. En primer lugar, habremos reducido al mínimun la potencia representada por el hígado anormalmente crecido; y desde entonces, la resistencia representada antes por las paredes musculares del vientre y las vísceras desalojadas, se habrá cambiado, en virtud de su elasticidad perfecta, en una potencia que tenderá naturalmente á aproximar las paredes del foco cuya desaparición buscamos. Si á esto se agrega una compresión moderada y artificial que el médico establece con un vendaje apropiado, tendremos mayor número de probabilidades para obtener un éxito feliz.

Por fortuna nuestra, no solo poseemos razones de un orden exclusivamente anatómico para apoyar nuestro acerto, sino que muy comunmente la clínica nos favorece con su autoridad irrecusable. Mas por no sobrepasar demasiado los límites de este trabajo, vamos á recordar un solo hecho tan notable como interesante bajo el punto de vista en que venimos discutiendo.

En el año de 1886, y cuando cursábamos la clínica de tercer año, bajo la dirección de nuestro inteligente maestro Dr. Demetrio Mejía, tuvimos oportunidad de observar un enfermo que era portador de un enorme absceso de hígado que se había desarrollado hacía la cavidad del vientre y á un grado tal, que su límite inferior llegaba á la fosa iliaca derecha, mientras que el borde superior del órgano afectado apenas subía como dos centímetros más allá de su límite normal. Recordamos perfectamente que sobre el trayecto de la línea mamilar, el hígado medía treinta y dos centímetros. Pues bien, á ese enfermo se le practicó una punción aspiradora con el aspirador de Potain á través de los últimos espacios intercostales; se le extrajo en esa sola vez una cantidad considerable de pus hepático, y cuando la operación hubo terminado, el borde in-

ferior del hígado llegaba como á unos cinco centímetros abajo del reborde de las falsas costillas.

La temperatura, que hasta entonces había estado mucho más allá de la normal, fué disminuyendo sucesivamente y al cabo de unas tres semanas, tuvimos la agradable sorpresa de ver al enfermo notablemente restablecido. Poco tiempo después, salió de alta en perfecto estado de salud.

Bien pudiera alegársenos que en el caso que acabamos de citar, no se habían producido adherencias de ninguna especie; y que cuando estas existen, son capaces de neutralizar completamente el efecto de la compresión elástica inherente á la masa intestinal. Para desvanecer este argumento, bastaría recordar que cuando los abscesos se abren en el intestino son susceptibles de una curación perfecta; pero como nuestro propósito es apoyar nuestras razones con hechos clínicos bien observados, vamos á referir uno muy interesante que tuvimos ocasión de recojer personalmente.

Se trata de una enferma que el mes de Enero de 1887 ingresó al Hospital "Concepción Béistegui" á ocupar la cama número 39 del servicio de nuestro entendido maestro Dr. Francisco de P. Chacón y á cuyo lado hacíamos entónces nuestra práctica. Esta enferma presentaba perturbaciones gastro-intestinales muy notables y un tumor voluminoso que se extendía, á la vista, desde el hipocondrio derecho, hasta el flanco del mismo lado y á la zona umbilical. Teniendo en cuenta todos los signos que nos proporcionó una exploración cuidadosa, se diagnosticó un absceso de hígado con tendencia á librarse paso por el intestino; en consecuencia, se resolvió practicar una punción aspiradora que se aplazó para el siguiente día. Pero antes de que la operación se efectuara, la enferma nos llamó la atención sobre el aspecto de las materias estercorales, donde sin dificultad reconocimos la presencia del pus hepático: repetimos entonces la exploración del día anterior, y nos encontramos con que el tumor había desaparecido por completo. Todo se limitó á llenar las variadas in-

dicaciones que se iban presentando, y al cabo de poco tiempo la enferma estuvo perfectamente curada. Por medio de un examen físico atento, se notaba con toda claridad el lugar por donde el absceso en cuestión se había abierto en el cólon transverso. Estamos perfectamente convencidos de que este caso no es excepcional; pero si lo hemos citado, es porque tuvimos oportunidad de seguir viendo á la enferma, en el Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública, con motivo de otros padecimientos y sin que acusara molestia alguna de parte del aparato digestivo. Como se ve, esto nos autoriza á concluir que las adherencias no constituyen un obstáculo invencible, siempre que tengan lugar con los intestinos extremadamente movibles.

Bien pudiéramos citar otras varias observaciones en confirmación de la primera parte de la proposición que venimos sosteniendo; pero si no lo hacemos, es porque abrigamos la creencia de que lo mismo habrá podido notar todo aquel que haya estudiado cuidadosamente los resultados de una intervención semejante y porque, còmo hemos dicho, las indicaciones de la operación que nos ocupa, bien merecen ser objeto de un estudio especial.

Veamos ahora lo que debe suceder cuando el absceso se desarrolla en la convexidad del hígado, y lo que es más común, en el lóbulo derecho. En este caso, el borde inferior desciende más ó menos hacia el flanco y el superior sube á una altura variable en la cavidad torácica, repeliendo al diafragma y al pulmón derecho en el mismo sentido. Esto trae como consecuencia necesaria ó desórdenes funcionales por parte de estos órganos en virtud de la compresión que sufren, ó lo que es frecuente, alteraciones materiales más ó menos profundas. En este último supuesto, se habrá producido una peri-hepatitis y una pleuresía de la base; y como generalmente esta es seca, no faltarán las adherencias consiguientes. Tendremos, pues, que este proceso sordo, pero evidente, habrá reunido en masa á la cápsula de Glisson, al peritoneo, al diafragma y á la pleura viceral y costal; á su vez, el hígado quedará como suspendido (permítasenos la expresión) á órganos muy poco mo-

vibles. En estas condiciones se practica una punción y se vacía el absceso. ¿Qué deberá suceder? Si aplicamos á este caso el mismo raciocinio que al anterior, tendremos: que reducida al mínimum la potencia representada por el hígado enfermo, las víceras y paredes abdominales ligeramente desalojadas, volverán sobre sí mismas y tomarán su situación habitual; pero entonces, la presión que puedan ejercer sobre la pared inferior del foco, además de no ser tan grande como en el caso anterior, se trasmitirá á través de un espesor considerable de parenquima, de donde resulta que en acción puede considerarse como muy poco eficaz.

Si muy poco debemos esperar de los órganos encerrados en la cavidad abdominal, veamos si los que han sido rechazados hácia el pecho pueden favorecer los esfuerzos que la naturaleza hace para reparar los desórdenes producidos. Hemos supuesto que la peri-hepatitis circunscrita concomitante, ha fijado el hígado al diafragma, el que á su vez se encuentra fijo á las costillas por intermedio de las adherencias pleurales.

En consecuencia, la pared superior del foco bajará después de la punción, tanto cuanto se lo permita el estado patológico de los órganos contiguos; es decir, bien poco relativamente á lo que sube la pared inferior cuando sufre directamente la presión elástica y continuada de la mara intestinal. Y repetimos, si ésta no tiene ahora una poderosa acción, es porque sus esfuerzos no obran sino á través de una gruesa capa de tejido hepático congestionado y cuyo peso neutraliza una gran parte de la fuerza empleada.

Hé aquí la razón por qué, el médico después de haber repetido varias veces la punción sin éxito plausible, ve agotarse progresivamente al enfermo sin poderlo salvar de las fatales consecuencias que le esperan.

La prueba clínica que viene á confirmar nuestro aserto se encontrará detalladamente en las observaciones 1, 2, 3, y 5, las cuales se han recogido con especial cuidado; pero antes de dar por terminada esta cuestión tan difìcil para nosotros, vamos á hacer una aclaración que nos parece indispensable.

Si hemos estudiado separadamente el volumen y la situación de los abscesos, ha sido con el exclusivo objeto de facilitar la exposición de los hechos, y no porque creamos que en la clínica se encuentran dicotomizados así; pero no cabe duda que de la combinación bien hecha de estas dos circunstancias, el cirujano deducirá las consecuencias más lógicas y procederá con acierto en los casos intermedios á los que hemos tomado como tipos perfectamente definidos.

Tal vez pudiera hacérsenos una objeción respecto á la opinión que hemos sostenido hasta aquí; pues no cabe la menor duda que la canalización en nada vendría á modificar las condiciones que impiden la aproximación de las paredes del foco; pero mientras que cuando puncionamos el absceso no se obra absolutamente sobre la superficie supurante, cuando lo canalizamos obramos directamente sobre ella, y previniendo de esta manera la infección consecutiva, damos tiempo á que la naturaleza haga la reparación de los perjuicios ocasionados. Nuestro papel no es suplantar los derechos que son del exclusivo resorte de un organismo que lucha, sino el de favorecer los esfuerzos que hacen los elementos reparadores para triunfar de los peligros que amenazan la vida.

En cuanto á las complicaciones á que ordinariamente dan lugar los abscesos que estudiamos, bien podemos exponerlas así: el absceso se ha puesto directamente en relación con el exterior; lo ha efectuado por intermedio de los bronquios, del estómago ó del intestino; se ha vaciado en alguna cavidad cerrada ó bien del examen atento de las circunstancias del caso, resulta que tiende á producir cualesquiera de estos resultados.

Si la primera posibilidad se ha realizado, no toca al cirujano otra cosa que favorecer el escurrimiento del pus ampliando la abertura natural si es necesario y rodear al enfermo de todos los cuidados que la antisepsia reclama. Si se ha librado paso á través del estómago ó del intestino, no tendrá que intervenir sino para levantar el estado general por un tratamiento conveniente y ponerlo en las

mejores condiciones posibles con objeto de que resista al trabajo supurativo que amenaza su vida. Pero si se ha abierto en los bronquios, no todos están de acuerdo sobre la conducta que se debe seguir; pues mientras que nuestro sábio maestro el Dr. Carmona y Valle sostiene que en estas circunstancias y cuando el absceso es vasto se debe recurrir á la punción, el Dr. Mejía dice que la estadística reprueba esta manera de proceder.

Por nuestra parte, la reducidísima experiencia que poseemos, no nos autoriza á emitir una opinión que pudieramos fundar con hechos; pero refiriéndonos á las indicaciones de la canalización, diremos: que la circunstancia de que el absceso se haya abierto en los bronquios, constituye una contra-indicación absoluta y esto por las razones siguientes. Si canalizamos el absceso, las paredes de éste sufrirán el contacto, no solamente del aire inspirado, sino del que penetraría durante la expiración y en virtud del tiro que naturalmente queda establecido; y como el paso del aire exterior será rapido, no se podrá obrar sobre él de una manera conveniente y que evitara la descomposición del pus. Si á esto se agregan las desventajas que consigo traén los movimientos respiratorios y los accesos de toz, es casi seguro que tendríamos la triste necesidad de ver á nuestro enfermo sucumbir á los progresos crecientes de una infección inatacable.

En algunas otras ocasiones los fenómenos sufren un cambio favorable, como lo vimos en el enfermo objeto de la observación núm. 3. En este caso, un absceso se abrió en los bronquios y al cabo de algún tiempo la fístula hepato-brónquica se cerró completamente; el absceso se reprodujo, se puncionó sin éxito y tuvo al fin que recurrirse á la canalización con un efecto admirable. De aquí podremos deducir que cuando un absceso hepático no comunica ya con los bronquios, queda reducido á las condiciones de un absceso sin complicaciones y debemos tratarlo según digimos en otro lugar.

Si el absceso sin adherencias resistentes previas, se ha derramado en el peritoneo, vendrá una peritonitis genera-

lizada rápidamente mortal, y en tal virtud, se llenarán las indicaciones más urgentes, aunque sin esperanza de salvar la situación. Creemos que sucedería lo mismo cuando se haya vaciado en el pericardio, por cuyo motivo no nos detendremos más.

Si el absceso ha hecho irrupción en la cavidad pleural sin adherencias previas que lo enquisten, y si la cantidad de pus es de tal manera considerable que amenace la vida por asfixia, se llenará la indicación más urgente practicando la toracentesis como lo hizo el Dr. Jiménez en un caso de esta naturaleza, aunque no sea sino para aplazar un poco el término fatal. No sucederá lo mismo en el supuesto de que la cantidad de pus fuese insignificante, porque entonces vendrá una pleuresía aguda cuyo tratamiento variará según las circunstancias. Pero si las adherencias pleurales pre-establecidas enquistan el pus que se ha vaciado allí, tendremos un absceso en botón de camisa si la abertura de comunicación es pequeña, ó un absceso simplemente irregular si la abertura de comunicación es grande. De todos modos, estas circunstancias no contraindicarán la canalización, como pudo verse en la enferma que fué objeto de la observación número 1.

Cuando los signos racionales y físicos nos adviertan que el absceso tiene una tendencia marcada á abrirse paso por una cavidad cerrada ó abierta, debe practicarse luego una punción aspiradora, mediata ó inmediatamente seguida de la canalización, teniendo en cuenta todas y cada una de las circunstancias que hemos ennumerado anteriormente.

Acabamos de decir que inmediatamente seguida de la canalización, porque hay casos en que debe recurrirse á ella sin pérdida de tiempo y cuando la eficacia de otros médios es evidentemente ilusoria. En estas condiciones pueden encontrarse los grandes abscesos que se desarrollan en la convexidad del lóbulo derecho y que son tan superficiales que la fluctuación parece subcutanea; pues recurrir á otros medios, sería perder un tiempo que debíamos necesariamente aprovechar. Para convencerse de esta verdad, basta leer detenidamente las observaciones números 1 y 4

á las cuales nos remitimos por evitar una prolijidad inútil.

En todo lo que llevamos estudiado tocante á las indicaciones de la canalización en los abscesos de hígado, casi no hemos tenido en cuenta los que se desarrollan en su lóbulo izquierdo y respecto de los cuales debemos hacer una aclaración importantísima. Mientras no existan adherencias peritoneales previas que nos pongan al abrigo de una peritonitis generalizada, no creemos conveniente tratarlos sino por la punción; pero tan luego como aquellas se hayan establecido ó si la punción no ha logrado, estamos autorizados á practicar la canalización con los cuidados que indicaremos más lejos.

Por último, si desgraciadamente los abscesos fueren varios y cuya multiplicidad hayamos diagnosticado ó no, no creemos que esta circunstancia venga á constituir una contra-indicación á la operación que nos ocupa y esto por dos razones. La primera es que al obrar con los médios antisépticos sobre una superficie supurante, tenemos muchas probabilidades de modificarla de tal manera, que disminuyan notablemente los peligros de infección; y la segunda, que si el otro ó los otros abscesos están cerca del que se ha canalizado, éste les ofrecerá el punto de la menor resistencia, se vaciarán en él y no irán á producir desórdenes en algún otro órgano que no haya sufrido todavía.

No queremos terminar esta cuestión tan importante sin decir antes algunas palabras acerca de una circunstancia que prácticos entendidos han considerado como una contra-indicación formal á la canalización: nos referimos al proceso flemásico que ha determinado la supuración intra-hepática. Se dice: mientras la hepatitis determinante del absceso no haya desaparecido, es contraproducente canalizar éste, porque en lugar de ventajas resultarán inconvenientes sérios. En consecuencia, será racionalmente practicable la canalización, única y exclusivamente en los casos en que la superficie del foco esté constituida por la membrana piogénica y cuando la hepatitis propiamente dicha haya desaparecido por completo. Enteramente contraria á la ante-

rior, es la opinión que profesamos; y para fundarla debidamente vamos á aducir nuestras razones.

La mayor parte de los sabios que han consagrado sus estudios á dilucidar la patogenia de la supuración, han convenido en admitir que la degeneración determinante de la formación del pus reconoce siempre como causa la intervención de un agente extraño á los elementos degenerados. Y en todos los casos conocidos hasta ahora, el aire ha sido el principal vehículo del elemento piogénico, excepto en los casos de inoculación en que el mecanismo es un poco diferente. Así pues, si un órgano está sufriendo una inflamación intensa y se pone en relación directa ó indirecta con el exterior, será el asiento de un trabajo supurativo, si no, sufrirá la necrobiosis.

Por otra parte, los estudios contemporaneos, los cuales han venido á constituir el punto de partida de la antisepsia, han aclarado este punto muy importante de patogenia: cuando una celdilla sufre la degeneración purulenta es porque ha sufrido seguramente la acción desconocida de un microbio. Pero los líquidos ó sustancias antisépticas son capaces de nulificar la potencia destructora de los microbios del pus; luego debemos recurrir á ellas en todos aquellos casos en que se quieran detener los progresos de una supuración cualquiera.

Ahora bien, si al caso particular de que nos venimos ocupando aplicamos lo que nos enseña la patología general, no vemos absolutamente qué razón pueda existir para que la hepatitis contraindique la canalización; es decir, el fácil escurrimiento de los productos de aquel trabajo peligroso y la desinfección completa de la cavidad consecutiva, en una palabra, la destrucción de los agentes productores del pus.

Decíamos que la clínica confirma diariamente lo que la teoría nos hace presumir con fundamento. En efecto, bástanos recordar, por ejemplo, que infinidad de veces se previenen ó combaten las terribles consecuencias de los flemones difusos, con solo el hecho de practicar amplias incisiones y sujetar la región enferma á la acción evidentísima de los medios antisépticos.

En los momentos mismos en que escribimos estas líneas, hemos tenido oportunidad de observar dos casos de esta naturaleza. El más notable, nos ha sido suministrado por el enfermo núm. 64 de la sala 7 en el Hospital "Concepción Béistegui" de cuyo servicio médico formamos parte. Se trata de un joven bien constituido que ingresó al hospital con un flemón difuso en la cara externa de la pierna derecha. Además de la coloración especial de la piel, presentaba en ésta dos grandes flictenas llenas de una serosidad rojiza y purulenta. La temperatura era continua y de 40°,3. Se le practicaron por la mañana tres grandes incisiones y apenas escurrió una cantidad insignificante de pus; y despues de haber lavado las heridas con solución de bicloruro de mercurio al milésimo se le puso una curación iodoformada. En la noche de ese día el termómetro marcó 37° 4.; al dia siguiente 37° y así ha seguido sin accidente alguno hasta la fecha en que se encuentra próximo á salir del Hospital. Desde el segundo día en adelante, el apósito se encontraba ligeramente sucio por un poco de pus, que dibujaba perfectamente el número y dimensión de las heridas hechas.

Como éste, pudiéramos multiplicar los hechos; pero como no hemos tocado esta cuestión sino incidentalmente, la daremos por terminada y pasaremos á la tercera parte de nuestro trabajo.

III.

Estudio crítico de los diferentes procedimientos.

Al emprender el estudio crítico de los procedimientos más usados para canalizar los abscesos del hígado, no tendremos en cuenta los de los Dres. Jiménez, Vértiz y Clement, porque han pasado al dominio de la historia y es donde hemos creído conveniente colocarlos: en consecuencia, sólo nos ocuparemos de aquellos en que el cirujano interviene abriendo una amplia vía á la salida del pus, examinando muy detenidamente cada uno de sus diferentes

tiempo. Tampoco intentaremos su clasificación porque esto nos llevaría muy lejos y tendríamos que entrar en discusiones agenas á nuestro propósito con el fin de fundar la clasificación adoptado.

Hay un procedimiento que por su novedad y por estar en voga, según creemos, vamos á hacer de él un estudio especial: nos referimos al que algunos llaman impropiamente *método* de Stromeyer Little. Rochard lo describe en varios tiempos y hé aquí el primero·

"A. *Investigación precoz del pus.* Siendo el pus un huesped peligroso en el organismo, debe dársele salida cuanto antes rodeándose de ciertas precauciones; este es un axioma de terapéutica quirúrgica. Hasta hoy no se había recomendado la intervención precoz en los focos intra-hepáticos, y generalmente, para penetrar al hígado, se esperaba á que el absceso se revelase por signos subjetivos, como el empastamiento, el dolor fijo á la presión, la fluctuación. Si bien es cierto que mucho antes que Little, algunos médicos habían ido á buscar con un trócar fino, un absceso intra-hépático revelado por signos generales, estos son hechos aislados de donde no se había sacado ningún precepto terapéutico. Este es el primer cirujano que ha puesto como regla de conducta, desde que los signos generales hacen presumir la existencia de un absceso, el introducir en el hígado, á veces hasta una profundidad de siete á ocho centímetros, un trócar relativamente grueso (tres milímetros) y no temer repetir las punciones hasta encontrar el pus ó cerciorarse de su ausencia. La prescripción es formal. Aquí no se trata de una exploración más ó menos indicada y dejada á la apreciación del cirujano. Esta investigación precoz del pus, *hace parte integrante del método, es su primer tiempo* y contribuye mucho al éxito de la operación."

Dejando á un lado lo de que Little haya sido el primero en atreverse á buscar con un trócar el absceso intra-hepático cuando éste no era evidente, vamos á ocuparnos de preferencia de la idea dominante que encierra el párrafo que acabamos de citar. De él se desprende que su autor rechaza completamente la punción aspiradora como medio cura-

tivo de los abscesos de hígado y esto sin tener en cuenta ni sus dimensiones ni su sitio.

Como creemos haberlo demostrado al hablar de los límites de acción de la punción aspiradora, y sobre todo como la clínica nos lo enseña diariamente hay infinidad de casos en que una ó más punciones bastan para obtener un resultado favorable. Y desde el momento en que un medio tan sencillo como inocente ha bastado para curar un número respetable de abscesos ¿no estamos obligados á ponerlo en práctica siempre, aunque no sea sino como una tentativa prudente y perfectamente justificada por la experiencia? ¿Por qué exponer desde luego al enfermo á los peligros de una operación sangrante si en algunos casos podemos curarlo por procedimientos más sencillos? Es cierto que en algunas ocasiones la canalización debe practicarse *in continenti*; pero ni es esto lo común, ni tampoco ha sido esta la mente del autor del procedimiento en cuestión.

Es de tal manera evidente la temeridad que encierra la proposición que estudiamos, y pugna tan abiertamente con lo que la observación nos enseña, que no creemos necesario aducir más razones en contra de una regla por mil motivos injustificada. Para confirmar nuestro aserto vamos á referir un hecho que tuvimos oportunidad de observar. Se trata de un enfermo del servicio del Dr. Icasa en el Hospital "Concepción Béistegui" y que ocupó la cama número 57 de la sala 6. Se le diagnosticó un absceso intra-hepático y en consecuencia se resolvió hacerle una punción aspiradora. Hecha ésta en el octavo espacio intercostal, se extrajeron como unas dos cucharadas de pus hepático; y sin haber necesidad de repetir la punción, á los pocos días el enfermo salió de alta perfectamente curado. Nosotros preguntamos: ¿qué habría hecho Stromeyer Little en este caso? Indudablemente que tan luego como el índice del aspirador le hubiese anunciado la existencia del pus, habría hundido su bísturi en el hígado y canalizado el absceso produciendo un traumatismo peligroso y perfectamente inútil. Por nuestra parte dejamos al criterio particular de cada uno la apreciación de semejante conducta.

Aquí nos parece oportuno recordar lo que se nos dice muy comunmente en las clases: en clínica, no se ven enfermedades sino enfermos; y por lo mismo, querer sujetar todos los casos á un cartabón determinado, es pecar contra los preceptos más elementales de una buena observación.

"B. *Abertura del absceso.* La manera de conducir el bísturi, vistas las circunstancias particulares en que se interviene, constituye igualmente una innovación. Esta punción á lo largo de la cánula del trócar, seguida de una insición franca que comprende la pared abdominal, el peritoneo y el hígado, es ciertamente una práctica atrevida, ó al menos muy diferente de lo que se hacía hasta entonces."

"Cuando los cirujanos habían tenido que abrir ampliamente con el bísturi colecciones líquidas intra-hepáticas, como abscesos ó quistes, cortaban capa por capa y hacían al mismo tiempo la hemostasis. Aquí no hay nada de eso; la insición se hace de un golpe y comprende todo el espesor de las paredes; *no se preocupa uno de la penetración de la sangre ó del pus en la cavidad del vientre*; *ni se toma ninguna precaución para impedirla;* parece que el operador no la considera probable ó que cuenta con las precauciones de que se rodea para volver la inofensiva.

Como se ve y como lo dice el mismo Rochard, de quien tomamos lo anterior, la novedad que más llama aquí la atención es la manera atrevida de llegar al foco con el bísturi, hundiéndolo en una sola vez y dividiendo de un solo golpe todas las partes blandas. Veamos nosotros cuáles son las ventajas y cuáles los inconvenientes que trae consigo esta manera de proceder, para que así podamos calificar el procedimiento en cuestión.

Muy fácil es comprender que de cualquiera manera que se proceda, rápida ó lentamente, se tiene necesariamente que llegar al foco después de haber atravezado en uno y en otro caso los mismos órganos y las mismas capas de tejidos; luego la única ventaja que resulta de proceder rápidamente, es llegar al absceso en un segundo, mientras que procediendo lentamente y por disección llegamos en cinco minutos, ~~por cinco minutos~~. Pero y qué indicación urgen-

tísima ó que circunstancia apremiante nos obliga á proceder con una rapidez que bien pudiera considerarse como un lujo supérfluo? ¿Acaso el enfermo está en las mismas condiciones que un niño que se asfixia y cuya circunstancia apremiantísima ha dado lugar al procedimiento de Saint Germain para la crico-traqueotomía? Indudablemente que no. Si la rapidez operatoria que aconseja Little no envolviera otro defecto que dividir á ciegas los tejidos, é impedir al cirujano darse perfecta cuenta de lo que hace, no llevaríamos adelante nuestra crítica; pero si estudiamos con minuciosidad los verdaderos inconvenientes de que está plagada, fácilmente nos convenceremos que estos no son de ninguna manera compensados por la rapidez operatoria si es que á ésta se le quiere llamar una ventaja.

Supongamos desde luego dos casos diferentes: en uno se trata de un enfermo que tiene su absceso en el lóbulo derecho del hígado perfectamente accesible al través de los espacios intercostales y complicado ó no de adherencias peritoneales en este lugar. Aplicando el procedimiento de Little, tal vez no resultaría otro inconveniente que la producción de una hemorragia más ó menos abundante, pero que disminuiría la masa sanguínea de un enfermo agotado ya por el padecimiento que lleva. Probablemente el cirujano no se da cuenta perfecta de este accidente, por la sencilla razón de que la sangre se mezcla con el pus que escurre y pasa desapercibida generalmente. Y decimos generalmente, porque no hace mucho tiempo este accidente operatorio fué de tal manera notable, que no dejó de alarmar al operador, y lo que es más triste, que el enfermo sucumbió á sus consecuencias.

Tal vez se nos arguña que la hemorragia que comunmente tiene lugar no constituye un peligro para el operado. A esto responderemos con hechos. En todos los casos de canalización que hemos presenciado, siempre ha habido necesidad de comprimir con las pinzas de Pean algunas delgadas arterias que sangraban; y si esta pequeña hemorragia se continúa por todo el tiempo que dura la operación y el lavado del foco ¿no se dejarán sentir sus consecuencias

en un organismo debilitado? ¿O qué, para permitirnos el lujo de operar rápidamente, estamos autorizados á debilitar más á un enfermo cuyas fuerzas languidecen progresivamente? La prudencia que nunca debe abandonar al cirujano, no está de acuerdo con esta manera de pensar.

En el otro de los casos supuestos se trata de un absceso que se ha desarrollado hacia el vientre, pero que no está complicado de adherencias. En un punto determinado se hace la abertura por el procedimiento de Little. Desde luego el pus puede derramarse en la cavidad peritoneal aunque sea en pequeña cantidad; y como nunca puede ser aséptico, fácilmente se comprende lo que sucederá. Pero no es esto todo: al vaciarse el foco, el hígado se retraerá y después de haber ejecutado su movimiento de ascenso, por la acción combinada de la supresión de la potencia y el aumento ó cambio de la resistencia, se habrá perdido el paralelismo entre la herida hepática profunda y la cutánea superficial: en consecuencia, al deslizar hacia arriba la primera de estas heridas, el pus que llevan sus bordes irá á ponerse en contacto con el peritoneo. Las consecuencias de este accidente son muy fáciles de presumir. Todavía más, aun en el caso de que las adherencias peritoneales existan, puede perderse el paralelismo algunas veces y no sería muy remoto que el gran epiplón sufriese de manera alguna; y si á esto se agrega que los productos de nueva formación, que adhieren el peritoneo entre sí, se han vascularizado bastante, es casi segura una hemorragia, inútil cuando menos, si no peligrosa.

No vaya á creerse que en nuestro afán de criticar el procedimiento de Stromeyer Little nos hemos entregado á concepciones teóricas; pues como lo dijimos en otra ocasión, nuestro trabajo no reconoce otro fundamento que lo que hemos tenido oportunidad de observar, y si la interpretación de los hechos no la exponemos como debe ser, es porque nuestra escasa inteligencia no nos permite hacer más. Para confirmar, pues, lo que referíamos antes sobre los inconvenientes de que está plagado el procedimiento que criticamos, nos bastará referirnos á la observación núm. 7

en donde á pesar de las adherencias peritoneales, se perdió el paralelismo de las dos heridas, se tuvo que resecar el epiplón después y no faltaron los accidentes del peritonismo de Gubler cuando menos.

Las ideas que nos han llamado extraordinariamente la atención, son las contenidas en estas palabras: "*no se preocupa uno de la penetración de la sangre ó del pus á la cavidad del vientre, ni se toma ninguna precaución para impedirla.*"

Por más que hemos hecho para conciliar estos conceptos con lo que la observación diaria nos enseña y con lo que la razón nos previene, no hemos podido conseguirlo á pesar nuestro. Algunas veces se nos ha ocurrido preguntar: ¿No se preocupa uno de la penetración del pus en la cavidad del vientre porque tampoco se preocupa de la vida del enfermo? Esto no puede ser seguramente: entonces se tiene la convicción de que este accidente no puede traer consecuencias desagradables. Veamos si hay razón para creerlo así.

Como decíamos anteriormente, el pus no puede ni debe considerarse como aséptico y desde luego, tampoco puede admitirse que no tiene acción nociva sobre el peritoneo, puesto que lleva en sí mismo la causa que le ha hecho nacer.

Y si por otra parte se tiene en cuenta la facilidad extraordinaria con que el peritoneo responde á las excitaciones, es evidente que esta serosa sufrirá forzosamente las consecuencias del contacto repentino de un líquido tan irritante como el pus. Pero dice Rochard: "parece que el operador no la considera probable ó que cuenta con las precauciones de que se rodea para volverla inofensiva." La posibilidad y aun la probabilidad de que el pus se derrame en la cavidad peritoneal cuando el absceso se desarrolla hacia abajo y libre de adherencias, la hemos procurado demostrar; y en cuanto á las precauciones que puedan volverla inofensiva, vamos á decir algunas palabras.

Nosotros creemos que las precauciones aludidas consisten en los cuidados de antisepsia más rigurosos, y no cabe duda que ésta será una prática enteramente de acuerdo con las

prescripciones de la ciencia contemporanea; pero en lo que no estamos conformes es en que esto sea bastante para volver el pus, durante la operación, de tal manera aséptico que se le prive absolutamente de la propiedad patógena qne pudiera tener en las circunstancias presentes. Y no sólo tratándose del pus, sino de otros líquidos que pudiéramos calificar de menos ofensivos, ha bastado muchas veces su simple contacto con el peritoneo, para determinar en esta serosa una inflamacíón frecuentemente mortal á pesar de la antisepsia consecutiva. Esto se explica fàcilmente: si el pus ó la sangre en estas circunstancias, se han derramado en el peritoneo, es excesivamente difícil si no imposible, obrar sobre ellos con las sustancias antisépticas, pues ni las dimensiones de la herida lo permiten ni se sabe de antemano hasta dónde han podido penetrar.

No creemos por demás repetir lo que antes hemos dicho: si los peligros inherentes al procedíminto de Little, exponen en alto grado la vida del enfermo ¿por qué no recurrir antes á la punción aspiradora? Y si esta no surte como lo hemos asentado en otro lugar ¿por qué no apreciar las circunstacias del caso y proceder de una manera prudente y racional?

El tercer tiempo de la operación comprende las "*practicas antisépticas*" y no nos parece que debamos ocuparnos de él, porque como dice el autor "es un axioma de terapéutica quirúrgica." Pero en lo que sí vamos á fijarnos, es en algunos conceptos emitidos en la parte técnica del procedimiento en cuestión. En esta y bajo la denominacion de "Evacuación, y lavado del foco" dice Rochard:

"Para facilitar la evacuación completa del pus, se introducen en la herida unas pinzas fuertes, cuyas ramas se separan y al mismo tiempo se ejercen presiones á través de las paredes abdominales sobre la cara inferior del hígado."

"Esta práctica nos parece demasiado brusca y no está exenta de peligros; la separación forzada de las ramas de las pinzas y las fuertes presiones por la pared abdominal constituyen un traumatismo no despreciable cuya utilidad no está absolutamente demostrada, porque una herida de seis,

á ocho centímetros, aun cuando esté en la área de un espacio intercostal, ofrece una salida suficiente al pus, y à los despojos hepáticos."

"En cuanto al lavado del foco con *un tubo* de caoutchouc introducido hasta el fondo es una práctica buena porque facilita la salida de los grumos de pus y los despojos del hígado y preserva al mismo tiempo las paredes del chorro, á veces brusco, del irrigador ó de la jeringa; únicamente se necesita que el tubo de irrigación no tape la herida sino que deje á su derredor un espacio suficiente para que pueda establecerse una doble corriente: sólo con esta condición se asegurará la evacuación y el lavado del foco."

Como Rochard mismo, al exponer esta parte del procedimiento de Little, ha criticado, y con muy justa razón, la abertura de la herida por la fuerte separación de las ramas de una pinza, así como las presiones bruscas á través de la pared abdominal, no nos ocuparemos más de estos detalles. En lo que vamos á insistir un poco es en lo relativo al lavado del foco.

Desde luego diremos que para hacer salir los grumos y los despojos del parenquima hepático, no se necesita de la introducción de tubo alguno; pues suponiendo la amplitud de la herida, basta el tubo del irrigador, guiado por el dedo índice del cirujano, para lavar á satisfacción el foco y obtener de esta manera una doble corriente. Y si esto va precedido, como lo hemos visto practicar en todos los casos, de la introducción del dedo y de el despegamiento con él de los restos adheridos á las superficies accesibles, lo cual sirve también para darse cuenta de la forma y dimensiones del foco, fácilmente se comprenderá que de esta manera el aseo se practica lo más perfecto posible.

En cuanto á que el chorro del irrigador sea brusco, este inconveniente desaparecerá por completo, haciendo uso como acostumbramos en el Hospital "Concepción Béistegui", de irrigadores con un sistema de llaves tan sencillo como ventajoso; pues son tales sus comodidades, que por un sinple movimiento imprimido á una placa metálica, se puede hacer salir la solución empleada gota á gota ó bajo

la forma de chorro de una fuerza variable á voluntad del operador. No insistimos más en estos detalles en alto grado importantes, porque tenemos que exponerlos con mayor amplitud al describir el procedimiento á que damos la preferencia.

En la parte relativa á la curación dice Rochard: «Little aplica rigurosamente la de Lister y su conducta ha sido imitada por casi todos los cirujanos que han empleado su método. Es necesario tener cuidado de acortar *el tubo* á medida que el fondo del foco se aproxima á la abertura; con este fin se comparará cada dos días la relación que hay entre la longitud del tubo y la profundidad de la cavidad y se cuidará de no llevarlo nunca hásta el fondo para no interrumpir la retracción de las páredes y su afrontamiento.»

De intento hemos llamado la atención sobre la palabra *el tubo*, porque de ella se desprende una cuestión importantísima y que tiene gran influencia sobre el resultado de la operacion. En efecto ¿se débe poner un solo tubo ó se deben poner dos? Nosotros responderíamos para y sencillamente que se deben colocar *siempre* dos tubos porque así lo hemos hecho en todós los casos y estamos perfectamente convencidos de su eficacia; pero como nos creemos obligados á fundar nuestra opinión, vamos á exponer las razones que la apoyan. Para proceder con método expondremos los efectos de cada uno de estos detalles, comparando al mismo tiempo sus resultados.

Si se hace uso de un solo tubo en las curaciones, se le encargan tres papeles enteramente distintos: en primer lugar, que presente una vía siempre expedita para que el pus salga constantemente: en segundo, que sirva de conducto de entrada á la solución que va á lavar el foco, y en tercer lugar que dé también paso á la solución que sale, mezclada naturalmente con los productos de la supuración. Ahora bien, si suponemos que el pus que se ha formado corresponde á una cantidad representada por veinte, un solo tubo daría salida á una fracción representada por ocho, por ejemplo: de donde resulta que no será suficiente él solo para evacuar la totalidad del pus y una gran

parte de éste quedará en el interior. Si lo consideramos bajo el punto de vista del lavado, tendremos: que mientras esté dando paso á la solución empleada, ésta no podrá salir sino bajo la acción de las presiones ejercidas y cuando el que cura suspende su introducción. De aquí resultan dos inconvenientes serios. El primero es, que acumulándose sucesivamente el líquido en la cavidad, amplía ésta en una cierta medida; y como esto se repite multitud de veces, las desventajas que resultan de distender frecuentemente un foco que se trata de reducir, son evidentes. El segundo es que no habiendo fuerza alguna que impulse el líquido á salir, éste no lo efectuará sino por las presiones que el cirujano practique á través de las paredes del vientre; pero aun así, no arrastrará hacia el exterior los productos nocivos de que se quiere desembarazar al organismo: en resúmen, el lavado será defectuoso.

Supongamos ahora que se han puesto dos tubos y apliquemos el mismo raciocinio que en el caso anterior. Tal vez nos bastaría recordar la ley de la división del trabajo para conceder la superioridad á esta manera de proceder; pero por no ser incompletos, vamos á analizar sus diferentes efectos.

Si de la cantidad de pus representada por veinte un solo tubo da salida á ocho partes, dos tubos harán evidentemente la evacuación de diez y seis: de donde resulta, que al ejecutar el lavado, el foco no contendrá sino una cantidad insignificante. Si ejecutamos el lavado, tendremos: que el líquido lavador entrará por uno de los tubos, pasará por el foco y saldrá por el otro tubo estableciendo perfecta y fácilmente una corriente doble, de donde resulta: que el foco no es distendido, que el poco pus que allí se encuentra es arrastrado por el impulso de la corriente que llega y que no hay necesidad de comprimir las paredes abdominales. En resumen; el lavado será fácil, perfecto y sin molestia para el enfermo.

En cuanto á los otros procedimientos que generalmenl te se usan para efectuar la canalización de los abscesos de hígado, no haremos de ellos un estudio completo por-

que no hemos logrado conseguir oportunamente algún trabajo en que constara su descripción detallada. Por otra parte, como debemos ser consecuentes con nuestro propósito; es decir, de no tener en cuenta en este pequeño ensayo sino lo que hemos visto práticamente sobre la materia, vamos á ocuparnos de algunos detalles que nos parecen más importantes.

Primero. División de los tejidos hasta llegar al foco

Para llegar al absceso, no siempre hemos visto proceder como lo aconseja Stromeyer Little, sino que en lugar de dividir los tejidos de una manera ciega y atrevida, algunos cirujanos lo hacen capa por capa haciendo la hemostasis á medida que es necesario; y una vez que han llegado á la superficie del hígado, hunden el bísturi á lo largo de la cánula del trócar previamente colocada, hasta una profundidad indicada por la salida del pus á los lados de la lámina del instrumento: después, por movimientos de sierra, ensanchan la herida lo suficiente para que por ella salgan los despojos contenidos en el interior. La introducción previa del trócar para dirigir el bísturi, no siempre es indispensable, pues como lo hemos visto hacer en la enferma que fué objeto de la observación núm. 1, basta ir dividiendo los tejidos, guiándose por la fluctuación para llegar al foco sin dificultad ni accidente de ninguna especie. Pero para proceder de esta manera, es preciso que exista la condición de que el absceso se haya hecho sub-cutáneo.

Como nosotros no aceptamos la canalizacion inmediatamente después que la existencia del absceso ha sido demostrada por la punción, sino cuando ésta no ha producido un resultado feliz, (al ménos en la moyoría de casos) es evidente que cuando tratamos de canalizar un absceso de hígado, es porque de antemano sabemos que existe con toda seguridad. Así pues, si tenemos en cuenta las condiciones en que hemos visto practicar la insición, y las cuales acabamos de ennumerar, podemos sacar esta conclu-

sión legítima: cuando el absceso está separado de la superficie del hígado por una capa más ó menos gruesa de parenquima, introdúzcase el trócar ántes de dividir con el bísturi; pero si el absceso es superficial, es decir, si el tejido celular sub-cutáneo, se ha abscedado, no hay necesidad de puncionar previamente

En el primer caso y proceidendo como lo indicamos, á la vez que se tiene la seguridad de que la extremidad de la cánula está en el foco. se sirve el cirujano de ella como de un conductor que le impedirá desviarse. En el segundo, es la consistencia de un líquido que se siente bajo las partes blandas, la que sirve de guia.

Cuando al dividir los tejidos interpuestos entre el foco y el exterior se hace de una manera que permite darse cuenta de lo que se corta y practicar la hemostasis á medida que es necesario. no es difícil convencerse de las ventajas que esto trae, sobre todo si se comparan con los inconvenientes del procedimiento de Little. Por esta razón, no creemos indispensable entrar en mas pormenores sobre este punto y vamos á pasar al estudio de cómo se canaliza algunas veces.

Segundo. Canalización del foco.

Ya hemos visto anteriormente que Little prescribe que se ponga un solo tubo de Chassaignac y creemos haber demostrado sus inconvenientes: al contrario, hemos señalado todas las ventajas que resultan cuando se hace uso de dos tubos y no debemos insistir más sobre este particular; pero como aun en este último caso hemos visto proceder de varias maneras, no nos parece por demás señalar algunos inconvenientes muy serios, y que vienen, por decirlo asi, á hacer desaparecer las ventajas que resultan de la canalización con doble tubo.

Lo que hemos tenido oportunidad de observar podemos presentarlo así: ya los tubos que se ponen se cortan ambos al nivel de la herida ó se deja al exterior una porción considerable; y en este último caso, ó se sumergen sus extré-

midades exteriores en una solución antiséptica, ó se pone en relación una de ellas con un depósito de líquido lavador y la otra con un recipiente cualquiera conteniendo también un líquido antiséptico donde se reciben los productos arrastrados por la corriente.

Al exponer el procedimiento que adoptamos, insistiremos sobre el primer modo de proceder, y por lo mismo, no nos ocuparemos por ahora, sino de los otros dos.

Al emplear dos tubos largos y formando un sifón doble cuya extremidad exterior se sumerge en un líquido antiséptico, se trata de obtener: 1° que el pus se escape fácilmente á medida que se forma, lo cual se consigue con plena seguridad; y 2° que el aire ó los elementos nocivos que pueda contener, no penetren al foco y produzcan ó favorezcan la descomposición del pus. Veamos si esto último se consigue.

Desde luego podríamos decir que aunque el pus esté en el recipiente mezclado con una solución antiséptica, no podemos tener la seguridad absoluta de que esto impida completamente su descomposición, puesto que se encuentra en contacto con el aire y en condiciones de humedad y de calor muy favorables para sufrir la fermentación. Por tal motivo, no podemos mirar como imposible que el pus se descomponga y que los productos de esta descomposición puedan subir por el interior del tubo y ponerse en contacto con el contenido del foco.

Por otra parte, desde el momento en que, para que los tubos queden al exterior, es indispensable una separación ó solución de continuidad en las telas, algodón y vendas que forman el apósito, no podemos considerar la herida como inaccesible al aire, sino que éste penetrará perfectamente por la superficie exterior de los tubos: de aquí resulta que el efecto que se busca no se obtendrá sino de una manera imperfecta. Todavía más, como es indispensable que las extremidades de los tubos estén constantemente sumergidas en el líquido antiséptico, sin lo cual resultaría un inconveniente grave, tendríamos, que para satisfacer debidamente esta condición, obligaríamos al enfermo á

guardar el decúbito supino por mucho tiempo lo que sería extraordinariamente molesto. Y si por desgracia el operado es presa de agitación ó si durante el sueño ejecuta movimientos inconvenientes, las extremidades de los tubos saldrán del líquido preservador y los resultados redundarán en perjuicio del éxito. En consecuencia, no se deben dejar los tubos con sus extremos sumergidos en soluciones antisépticas, porque además de ser muy molestos, es ilusoria su eficacia.

En otras ocasiones hemos visto y empleado en la clínica lo que se llama la irrigación continua, pero que más bien es intermitente. En este caso, una de las extremidades de un tubo está en relación con un depósito de solución antiséptica por medio de un sistema de llaves que se abren ó cierran á voluntad y que permiten ó interrumpen el paso de la solución empleada, mientras que una de las extremidades del segundo tubo, se encuentra sumergida en un líquido antiséptico como en el caso anterior. En cuanto á los extremos interiores, están paralelamente colocados dentro de la cavidad consecutiva al absceso que se trata de curar.

Procediendo de esta manera, se cree expulsar constantemente los productos formados é impedir su acumulación en el interior; pero además de la molestia consiguiente á mantener al enfermo en una misma postura, tiene otros inconvenientes más serios. En primer lugar, y como lo hemos demostrado anteriormente, se permite el paso del aire del exterior al interior por la superficie de los tubos, y tal vez también de los productos de la descomposición del pus y en segundo lugar, es absolutamente imposible, en práctica, hacer pasar constantemente por el foco, una corriente de agua siempre á la misma temperatura. Si como sucede generalmente el paso de la solución empleada se efectúa á intermitencias más ó menos próximas, es imposible que la que ha permanecido en el tubo conserve una temperatura conveniente, y es también muy difícil ponerse al abrigo de la penetración del aire.

Antes de terminar este estudio tan importante como

difícil vamos á decir algunas palabras de las soluciones que más comunmente se emplean para el lavado durante la operación y después de ella. La que más se ha empleado es la solución suave de Lister (al $2\frac{1}{2}$ p%.) que mezclada con una cantidad un poco mayor de agua tibia ó caliente, viene á quedar casi al centésimo; pero como parece demostrado que á este grado de dilución el poder antiséptico del ácido fénico, es insignificante y sí evidente su poder tóxico, no somos muy partidarios de su empléo. Si á esto se agrega el precio relativamente elevado de esta sustancia, y las condiciones generalmente desfavorables del enfermo, tendremos mucha razón para desechar su uso ó para restringirlo considerablemente.

Hay un compuesto binario cuyo poder antiséptico es superior al del ácido fénico y á un grado de dilución considerable, queremos hablar del bicloruro de mercurio. Esta sustancia se puede emplear al milésimo, bajo la forma de licor de Van Swieten y aun al medio por mil, con la seguridad de obtener el resultado apetecido. Por nuestra parte la hemos empleado con muchísima frecuencia no solamente en la operación que nos ocupa, sino en todas aquellas en que es indispensable una asepsia completa; y si á sus propiedades enérgicas se ágrega el poco precio de la sustancia en cuestión, es á ella á lo que con más frecuencia debíamos ocurrir si en algunas ocasiones no hubiese dado lugar á fenómenos de envenenamiento.

Lo que más frecuentemente hemos empleado en estos últimos meses es el ácido bórico al cuatro por ciento que mezclado con su volumen de agua *hervida*, viene á quedar al dos por 100. Los resultados han sido satisfactorios como puede verse sobre todo en el enfermo á que se refiere la observación número 5 y á quien personalmente hemos asistido. Nosotros damos la preferencia á esta sustancia apesar de su precio, porque además de poseer las ventajas del ácido fénico y del bicloruro de mercurio, no tiene propiedades tóxicas manifiestas, al menos en las condiciones en que la hemos empleado.

En la parte que va á seguir, en que expondremos en de-

talle todo lo que se refiere á las curaciones, es donde insistiremos más sobre este particular, pues no cabe duda que el éxito depende más de los cuidados consecutivos que de la operación misma.

IV.

Procedimiento que nos parece más aceptable en la mayoría de casos.

Antes de describir el manual operatorio, vamos á decir algunas palabras acerca de las condiciones que previamente deben satisfacerse; pues esto lo creemos de tal manera importante y de una trascendencia tal, que no vacilamos en decir que aquellos que reprueban la canalización en los abscesos de hígado, es porque erróneamente atribuyen á la operación en sí, lo que no es sino el resultado de las malas condiciones en que se recoje la observacion.

A este respecto nos es muy satisfactorio mencionar las excelentes condiciones higiénicas del Hospital «Concepción Béistegui», donde hemos tenido la fortuna de hacer nuestra práctica bajo la dirección de médicos inteligentes. Como nuestra clínica ha sido exclusivamente hospitalaria, vamos á ennumerar á grandes rasgos los cuidados que se deben tener y las precauciones que se deben tomar antes de que la operación empiece.

Perfectamente aseada la sala de operaciones así como la ropa, piezas de curación que van á emplearse y demas cosas, se pone á funcionar durante una hora cuando menos, un pulverizador de Lucas Championere (gran modelo) y el cual se retira á gran distancia ó se suprime su funcionamiento durante la operación. Se tiene á prevención la solución bórica al 4 p%. en cantidad suficiente, agua hervida, algodón salicilado y las telas de Lister.

Esto no siempre se podrá hacer, debido á que algunas veces el cirujano tendrá que practicar la operación fuera de un Hospital y á enfermos cuyas condiciones pecuniarias vendrían á constituir un serio obstáculo. Apesar de

esto, debemos hacer todo lo posible para satisfacer las exigencias del método antiséptico.

Desde luego, no nos cansaríamos de recomendar el aseo más perfecto de todo lo que va á usarse durante la operación; pues además de ser esto una condición indispensable al éxito, es una de aquellas que puede llenarse cualquiera que sea la clase á que pertenezca el operado. En lugar de curación de Lister, emplearemos una tela de gutaperca laminada que á su impermeabilidad reune la ventaja de adherirse por sus bordes á la piel: esta tela, que puede emplearse como protectivo, se cubrirá simplemente con una gruesa capa de algodón corriente, pero después de haberlo perfectamente mojado con una solución fénica al 5 p8. ó con bicloruro al milésimo; después se cubrirá el todo con algodón seco y una venda. De esta manera tan sencilla y cómoda para el enfermo, podremos satisfacer las exigencias del método de Lister.

Como generalmente los enfermos y aun los médicos emplean al principio algunos medios tópicos lo que trae por consecuencia que la piel esté muy sucia, es conveniente lavar la región que va á operarse con agua tibia y jabón para quitar los productos que se han depositado en ella; después, se frota en una extensión considerable con una esponja embebida de bicloruro de mercurio al milésimo ó de solución fénica al 5 p8., las cuales además de desinfectar convenientemente, disuelven las sustancias grasas por el alcohol que contienen,

Una vez que la anestesia clorofórmica es completa se procede á la operación de la manera siguiente:

Primer Tiempo. Este tiempo de la operación puede practicarse de dos maneras según que el absceso se ha hecho sub-cutáneo o que está colocado más ó menos profundamente. En el primer caso se dividen los tejidos capa por capa, guiándose por la fluctuación, hasta llegar al foco y practicando la hemostasis á medida que la necesidad se vaya presentando. En el segundo supuesto, se introduce el trócar de un aspirador cualquiera, hasta que el índice de vidrio, por el pus que deja pasar, nos indique que he-

mos llegado al absceso. Una vez convencidos de esto, se desmonta el aparato y se deja la cánula provista ó no de su punzón: entonces el cirujano comienza á dividir los tejidos sirviéndose de la cánula como guía hasta llegar á la superficie del hígado; y una vez asegurada la hemostasis, hunde el bísturi, siempre á lo largo de la cánula, á una profundidad variable con el espesor del parenquima hepático interpuesto. Después amplía la herida imprimiendo al cuchillo movimientos de sierra, con objeto de darle las mismas dimensiones que la herida cutánea, la cual puede tener una extensión hasta de ocho centímetros sin inconveniente. El objeto de practicar una herida extensa, no es solo el de poder colocar convenientemente los tubos, sino también el de que los tejidos esfacelados salgan perfectamente por ella.

Como puede verse en lo anterior, decimos que la punción no sea aspiradora, porque suponemos el caso más común, es decir, cuando por un absceso desarrollado en el lóbulo derecho del hígado, la canalización se efectua por un espacio intercostal; pero cuando se ha desarrollado cerca del lóbulo izquierdo ó de la cara cóncava; cuando no existen adherencias fuertes ó tal vez aun en el caso de que existan y que la punción no haya logrado á pesar de haberse repetido, creemos conveniente aconsejar otra manera de proceder. Como en este supuesto lo que más se teme es la pérdida del paralelismo entre las heridas á consecuencia de la retracción del hígado (lo que será fácil cuando el absceso es voluminoso y sin adherencias peritoneales) y el derrame del pus en la cavidad peritoneal, muy bien pudiera evitarse este accidente vaciando el absceso con el aspirador y practicar la canalización en seguida: de esta manera la inclinación de la cánula nos daría á conocer el deslizamiento ascensional sufrido por el hígado, ó más bien dicho, por las paredes del absceso vacío, y nos indicaría seguramente la dirección y extensión de la herida abdominal. Decimos que abdominal, porque en el supuesto en que nos hemos colocado no sería prudente canalizar por un espacio intercostal, debido á que tendríamos que atravezar

un espesor muy considerable de tejidos para llegar al foco.

Si el tejido celular sub-cutáneo se ha abscedado, procederemos como dijimos más arriba.

Segundo tiempo. Después que el pus ha escurrido sin otro medio que muy ligeras presiones ejercidas á través de las paredes del vientre, el operador introduce uno ó dos dedos, previamente desinfectados, con objeto de darse cuenta de la extensión de los desórdenes producidos y con el de desprender los restos que bajo forma de columnas cruzan el foco en diferentes sentidos: estas maniobras no deben ejecutarse con brusquedad, porque bien pudiera producirse un traumatismo, inútil cuando menos, pues en un caso esto ocasionó la salida de la bilis.

Se introduce en seguida el tubo de un irrigador, provisto de su llave, y guiado por el índice del cirujano; se abre aquella de tal manera, que el chorro vaya siendo cada vez más fuerte, porque cuando la cavidad contiene una cierta cantidad de líquido, éste amortigua en cierto grado la impulsión del chorro, y le impide chocar con las paredes. De esta manera, el líquido lavador refluye perfectamente por el ángulo inferior de la herida con una fuerza suficiente para arrastrar los grandes colgajos de tejido y los grumos que con muchísima frecuencia obstruyen los tubos de canalización. Cuando procediendo así, se ha lavado el foco á satisfacción del que opera y sobre todo cuando no hay temor de que los tubos puedan obstruirse, se colocan estos en número de dos, de una longitud variable con las dimensiones del foco y de un diámetro correspondiente al núm. 7 de la serie usada. Si la herida presenta mayores dimensiones que las necesarias, se colocan dos ó más puntos de sutura en sus ángulos, no dejando sino el espacio suficiente al paso de los tubos. Para mayor seguridad, se lava por ellos el foco y se adquiere la evidencia de su funcionamiento regular.

Tercer tiempo. Una vez que las aguas del lavado salen perfectamente limpias, se procede á sujetar los tubos: nosotros lo hemos hecho de dos maneras. Cortados como á un centímetro de la superficie cutánea, los atravezamos con

un alfiler de seguridad de manera que éste quede perfectamente aplicado á la superficie interior sin estrechar su luz, y el cual desempeña las funciones de una placa que impide su introducción; en seguida se coloca entre el alfiler y la piel unas tiras de gasa fenicada ó un poco de algodón salicilado para prevenir la ulceración de los bordes de la herida. Otras veces los hemos sujetado con hilos y algunas tiras de tela emplástica como se usa muy comunmente.

Curacion. Después de haber aseado con una solución antiséptica las regiones contiguas á la operada, acostumbramos cubrir la superficie sangrante con polvos de iodoformo: en seguida aplicamos el protectivo, la gasa y el mackintosh sin que éste sea tan grande como lo aconseja Little. Todo se cubre con una gruesa capa de algodón salicilado sobre la que se pone otra más gruesa y más grande de algodon corriente laminado, sujetando la curación con una venda circular ligeramente apretada. Hacemos uso en la primera curación de la venda circular con objeto de producir una presión conveniente; pues cuando el enfermo vuelve de la anestesia clorofórmica, con muchísima frecuencia es presa de una agitación perjudicial y puede descomponerse ó desalojarse el apósito en cualquier sentido. En los días siguientes cuando la tranquilidad se ha establecido hacemos uso de una venda bastante ancha y corta para no dar más que una vuelta al tronco sin comprimirlo, es decir, un vendaje contentivo. Y sólo en los casos en que la presión sea necesaria, hacemos uso de la venda circular aun en las curaciones subsecuentes: estas se practican de la misma manera, insistiendo muy especialmente sobre el lavado, porque tenemos la convicción de que cuando éste se ejecuta como lo aconsejamos, no hay necesidad de curar dos veces al enfermo en un mismo día. Ya hemos dicho anteriormente que empleamos la solución bórica al 4 p %., que mezclada con su volumen de agua hervida y caliente viene á quedar en definitiva al 2 p %. y á una temperatura conveniente; y son de tal manera satisfactorios los resultados que se obtienen así, que para convencernos basta leer detenidamente

la observación núm. 5, en donde á pesar de las dimensiones del absceso, sólo un día hubo necesidad de repetir la curación en la tarde, porque solamente en esa vez la temperatura subió á 38°. En esto, obedecemos á un precepto quirúrgico: cambiar la curación si está sucia por el exterior ó si la temperatura sube.

Cuando la operación se practica fuera de un Hospital y que los recursos del enfermo no son suficientes para hacer uso de la curación de Lister, ya dijimos la manera como debe ésta sustituirse sin que esta sustitución influya desfavorablemente sobre el resultado.

A medida que las paredes del absceso van aproximándose, los tubos se acortarán en una proporción igual, con el objeto de no impedir aquel fenómeno y con el de evitar al enfermo las molestias consiguientes; pues de no hacerlo así, se retardaría considerablemente la cicatrización que tratamos de obtener.

Habíamos dicho al principio de nuestro trabajo que el procedimiento de que nos ocupamos no podrá encontrar una contra-indicación formal en la multiplicidad de los abscesos y hemos expuesto las razones teóricas que apoyan nuestra manera de pensar; pero como nuestro propósito es fundar en hechos clínicos todo lo que asentamos, vamos á referirnos con este motivo á lo que enseña la observación núm. 2. Se nos dirá que un hecho aislado no nos autoriza á sacar una conclusión general: esto es la verdad; pero dada la falta de observaciones semejantes y bien seguidas, pudiera suceder que, ó los casos no se han presentado realmente ó no han sido observados con la atención que merecen.

En el enfermo á que nos referimos, después de haber observado una temperatura casi normal y de haber disminuido la cantidad de pus que salía por los tubos, el termómetro marcó 38° y un dolor se dejaba sentir en el hipocondrio y hombro derechos: se creyó en la existencia de un absceso independiente del que se había canalizado, porque el pus había ido disminuyendo progresivamente y sin accidentes consecutivos, para que pudieran referirse los nuevos sín-

tomas á la retención de productos patológicos. No sabiendo que resolución tomar por de pronto, el Dr. Icasa, á cuyo servicio pertenecía el enfermo en cuestión, resolvió esperar por unos días sin acortar los tubos. Por su parte creía en la existencia de otro absceso y esperaba que se abriera espontáneamente en el que había sido abierto, puesto que allí encontraría el lugar de la menor resistencia; en efecto, al cabo de unos días, el absceso se vació como lo esperábamos, los síntomas concomitantes desaparecieron con rapidez y todo volvió al orden establecido anteriormente.

Consecuencias operatorias. No vamos á ocuparnos aquí de todos los accidentes que pueden sobrevenir en el curso de la operación, porque además de que esto nos llevaría muy lejos, no hemos tenido oportunidad de observar más que uno solo, y es del que vamos á ocuparnos: nos referimos á la salida de la bilis por los tubos de canalización.

Algunos creen que la salida del líquido biliar en gran cantidad, es un signo pronóstico desfavorable; pero si nos atuviéramos á nuestra experiencia personal, diríamos que esta creencia no es fundada. En efecto, como puede verse en la observación núm. 2, á los catorce días de ejecutada la operación, hubo salida de una gran cantidad de bilis pura sin mezcla de pus; esto coincidió con un dolor agudo en en el hipocondrio derecho y en el epigastrio, calosfríos, diarrea, vasca y una temperatura de 40° en la noche y de 39° en la mañana. Creyendo que los tubos hubieran determinado mecánicamente la alteración y ruptura de los gruesos conductos biliares ó de la vesícula, se resolvió cambiarlos por otros más delgados y más cortos: esto solo bastó para que á los tres días desaparecieran por completo el escurrimiento de bilis y los síntomas que le habían acompañado, inclusive la calentura. Igual cosa se presentó en el enfermo que fué objeto de la observación núm 5; pues á los tres días de operado, la bilis que salía por la herida era de tal manera abundante, que en las mañanas encontrábamos humedecidas por este líquido las almohadas, la camisa y en una vez un pañuelo con que el paciente se envolvía la cabeza por la noche. Muy serios fueron nuestros temores

por la vida del enfermo; pero aprovechando la enseñanza que nos había suministrado el anterior, sacamos los tubos como unos dos centímetros y al cabo de tres días ya no salía otra cosa que pus hepático característico. En esta vez no hubo elevación de temperatura, sino un ligero dolor en el hipocondrio y vasca.

Hemos creído conveniente hacer constar estos dos hechos; y aunque ellos no sean suficientes para formar un juicio exacto, al menos podrán servir de norma al práctico cuando tenga que luchar con accidentes de la misma naturaleza.

No será por demás hacer constar que con muchísima frecuencia se tiene que recurrir á un tratamiento médico con objeto de combatir algunos otros accidentes; pues siendo la hepatitis supurada una afección debilitante por excelencia, es muy común que tengamos que levantar las fuerzas del enfermo con ayuda de medicamentos tónicos y estimulantes. Así en la mayor parte de los casos hemos tenido que recurrir á los estrícnicos bajo la forma de tintura de nuez vómica ó de sulfato de estricnina y no muy raras veces á los alcohólicos. Si las perturbaciones gastro-intestinales son las que más molestan al paciente, se llenarán las variadas indicaciones á que dan lugar, haciendo uso de los anti-eméticos, de los absorbentes, opiados, etc.

Cuando el absceso ha tenido una tendencia marcada á librarse paso por los bronquios, es muy común que determine por vecindad una pleuresía seca de la base y una bronquitis concomitante más ó menos intensa. En este caso, se recurrirá al ioduro de potasio, a los espectorantes y opiados combinados bajo la forma de polvos de Dower; en una palabra, después de un examen atento y cuidadoso de todos los síntomas, el médico satisfará debidamente las indicaciones del caso.

Muy difícil nos sería evitar repeticiones si quisiéramos cumplir con el plan que nos hemos propuesto; porque como en el curso de este trabajo hemos procurado exponer las razones que nos hacen desechar ciertas ideas y aceptar otras distintas, casi nada podríamos decir por ahora que no fue-

ra la repetición de lo que antes expusimos: en consecuencia, daremos por terminada nuestra tarea.

No abrigamos la pretensión de haber llenado satisfactoriamente nuestro cometido; pero si bien es cierto que este insignificante trabajo no es digno de la atención de tan respetable Jurado, tiene en cambio el mérito innegable de haber sido inspirado por la observación atenta de los hechos. Si en la interpretación de los fenómenos ó en la apreciación de las diferentes condiciones hemos caído en errores imperdonables, los hechos subsistirán á pesar de esto, prontos á suministrar una enseñanza útil al que los sepa aprovechar en beneficio de la ciencia.

Para terminar, vamos á presentar el resumen de nuestro trabajo en las siguientes.

CONCLUSIONES.

1ª. Todos los abscesos de hígado, excepto aquellos que se han hecho sub-cutáneos, deben tratarse desde luego por la punción aspiradora, la cual logrará casi siempre cuando son pequeños.

2ª. Si el absceso es voluminoso y se desarrolla hacia el vientre debe insistirse en las punciones siempre que lo permita el estado general del enfermo; cuando esto no sucede, se procederá á la canalización si después de la primera punción el absceso se reproduce rápidamente.

3ª. Cuando el absceso se desarrolla en la convexidad del hígado, se deberá canalizar si la primera punción no produce un efecto favorable áun cuando el estado general del enfermo sea satisfactorio.

4ª. Si el absceso se ha abierto en una cavidad que comunique con el exterior ó en una cavidad cerrada sin adherencias que lo enquisten, no se intervendrá quirúrgicamente; pero si se ha enquistado, se procederá según las circunstancias.

5ª. La multiplicidad de los abscesos y la hepatitis determinante, no contra-indican la canalización.

6ª. Los abscesos que en su crecimiento progresivo se

hayan hecho sub-cutáneos, se procederá á canalizarlos inmediatamente.

7ª. Al practicar la operación, los tejidos se dividirán capa por capa y haciendo la hemostasis hasta llegar al hígado, guiándose por la cánula del trócar de un aspirador despues se hundirá le bísturi, siempre sobre la cánula, hasta llegar al foco, se ampliará la herida y se procederá al lavado cuidadosamente.

8ª. Los tubos que deban emplearse han de ser precisamente en número de dos de grueso calibre y contados casi al nivel de la superficie cutánea.

9ª. Si la canalización se efectua por los espacios intercostales, no debe preocupar al cirujano la falta de adherencias; pero en todos los casos, cuidará de que la sangre y el pus no se derramen en la cavidad peritoneal.

10ª. La sujeción rigurosa á las reglas del método antiséptico, es una condición indispensable al éxito de la operación.

F. Vazquez Gómez.

OBSERVACIONES.

—

En comprobación de lo que dejamos asentado en nuestra tesis, presentamos algunas observaciones en reducido número es verdad, pero que pueden servir de norma en ciertos casos.

PRIMERA.—Del Dr. F. de P. Chacón.

María G. V. natural de México, de 22 años, soltera nulípara, lavandera, no dada á las bebidas alcohólicas, entró al Hospital "Concepción Béistegui" el 2 de Agosto de 1888 á ocupar la cama núm. 26 de la sala 3. La enferma refiere que desde principios de Abril del mismo año, y á consecuencia de una impresión moral, comenzó á padecer de un dolor en el epigastrio con irradiaciones hacia el hipocondrio derecho y al hombro del mismo lado, todo esto acompañado de perturbaciones gastro-intestinales, sin aparato febril. Estos síntomas se repitieron dos ó tres veces y desaparecieron después de la administración de un vomitivo. El dolor en el hipocondrio y hombro derecho, fué constante y no desapareció. En Julio, los síntomas se presentaron más intensos acompañados de calentura, calosfríos, y al cabo de pocos días se establecieron sudores nocturnos. Sus fuerzas comenzaron á debilitarse rápidamemte y á pocos días la enferma comenzó á sentir latidos dolorosos al nivel de la novena costilla derecha, coincidiendo esto con la aparición de un abultamiento en la misma región que le impedía acostarse de ese lado.

A la inspección general encontramos las huellas evidentes de la sífilis secundaria; y en la región enferma, el hipocondrio y la parte inferior del costado derecho notablemente abultados, al nivel de la novena costilla una pequeña salida de color rojizo; la respiración frecuente (30 respiraciones por minuto) y la excursión costal casi nula.

A la palpación, el borde inferior del hígado desbordaba un poco el hipocondrio, y en el punto en que la piel había cambiado de color, la fluctuación era evidente y se provocaba un dolor agudo al buscar aquel síntoma.

A la percusión, se confirmó el crecimiento del hígado hacia abajo: su borde superior, sobre la línea mamilar llegaba á dos centímetros abajo del pezón; pero por la línea axilar, se levantaba rápidamente formando una curva de convexidad superior cuya altura era de 0^{m} 19. El sonido pulmonar casi normal.

A la auscultación, silencio respiratorio en casi toda la extensión ocupada por la macicez, menos en la parte superior y posterior donde

encontramos signos evidentes de una pleuresía seca y circunscrita á la base. La temperatura fué de 39 °

Diagnóstico. Absceso en el lóbulo derecho del hígado con tendencia á abrirse en los bronquios y por la pared costal correspondiente; probablemente periostitis de las costillas. (1)

El día siete de Agosto y previa cloroformización, se practicó una punción aspiradora en el décimo espacio intercostal y se extrajeron mil gramos de pus hepático: la temperatura que la víspera de puncionarse era de 39° 5 en la noche, bajó en la tarde del día de la operación á 37 ° 3. Pero al tercero día el termómetro marcó una nueva ascención y la exploración física nos reveló que el absceso se había reproducido. Vista, pues, la situación del absceso y teniendo muy en cuenta su volumen, las complicaciones pleuro-pulmonares y el agotamiento de la enferma, se procedió á la canalización la que practicó el Dr. F. de P. Chacón el día 13 del mismo mes de Agosto y con todas las precauciones antisépticas que el caso demandaba. La incisión se hizo en el 10 ° espacio intercostal sobre el trayecto de la línea axilar, en una extensión de siete centímetros, dividiendo los tejidos capa por capa sin punción previa. Apenas divididas las capas de tejidos que forman los espacios intercostales, el pus escurrió en gran cantidad; después se exploró con el dedo la cavidad y se comprobaron sus amplias dimensiones así como su propagación á la cavidad pleural donde se había enquistado en parte el contenido del absceso después de haber perforado el diafragma. El lavado y curación se hicieron como dejamos dicho en el procedimiento que aceptamos, teniendo cuidado de renovar ésta dos veces al día debido á la gran cantidad de pus que ensuciaba el apósito. A pesar de los cuidados de antisepsia más rigurosos, la temperatura se mantuvo en 37 ° en las mañanas y 38 ° y algunos décimos en las noches, si bien que esta exacerbación pudiera explicarse por una bronquitis generalizada que la enferma tuvo á los cuatro dias de operada.

No nos parece por demás decir que muchos dias hubo en que la temperatura era completamente normal tanto en la mañana como en la tarde; y que estas irregularidades en la curva termométrica se prolongaron por todos los dias de Agosto que sucedieron á la operación, así como por todo el mes de Septiembre, para terminar completamente el primero de Octubre en cuya noche la temperatura fue de 38 °. Despues de este día la enferma entró en periodo de alivio muy marcado coincidiendo con la disminución del pus, la desaparición progresiva de los fenómenos pulmonares y con el levantamiento de su estado general. Durante el tiempo que transcurrió entre la canalización y la curación, se instituyó un tratamiento tónico general, recurriendo algunas veces á los calmantes (opiados) y otras á los antitérmicos.

El día 18 del mes de Noviembre del mismo año, la enferma salió de alta perfectamente curada. El hígado ligeramente disminuido de volumen; pero sin perturbación digestiva alguna.

[1] Estando de guardia en el Hospital, tuvimos la oportunidad de recibir la enferma y de formarnos el juicio que expresamos aquí.

SEGUNDA.—Del Dr. J. Ramón Icasa.

A. H., natural de Aguascalientes, de 33 años, casado, comerciante y de costumbres alcohólicas inveteradas, entró al Hospital «Concepcion Béistegui,» el día 21 de Julio de 1888, á ocupar la cama número 55 de la sala 6. Este enfermo entró con todos los síntomas de una hepatitis sub-aguda; y cuando comenzamos á observarlo, presentaba: ligera reacción febril en las noches, sudores, perturbaciones gastro-intestinales y un tinte ictérico muy marcado. A la exploración física, notamos: á la palpación, el hígado desbordando como unos tres ó cuatro centímetros el reborde de las falsas costillas y se sentía perfectamente su límite inferior: á la percusión, se comprobaron los datos anteriores y se notó que el límite superior, llegaba á la tetilla sobre la línea mamilar; de allí se iba progresivamente elevando hasta llegar muy cerca de la axila sobre el trayecto de la línea axilar donde medía como unos diez y nueve centímetros Al practicar la palpación y la percusión se provocaba dolor. Por este tiempo el tratamiento fué antiflogístico y tónico; pero como desde el 14 de Agosto la temperatura se mantuvo continuamente sobre la normal y la exacervación vesperal llegó á ser de 40°, acompañado esto de calosfríos y sudores abundantes, se creyó conveniente cambiar el plan terapéutico seguido hasta entonces, resolviéndose practicar una punción exploradora. Como al investigar la fluctuación perpendicular, el dolor se despertaba de una manera intensa en el octavo espacio intercostal sobre el trayecto de la línea axilar anterior, allí se introdujo el trócar de un aspirador, el 22 de Agosto y por la cánula del cual no escurrió sino una pequeña cantidad de sangre. Los síntomas siguieron en el mismo estado y esto hizo que la punción se repitiera en el mismo espacio, el día 27 del mismo mes: tampoco se extrajo pus; pero con la seguridad que se tenía de la existencia del absceso, se repitió la punción en el mismo día, dos veces y á la tercera en que se introdujo el trócar en el noveno espacio intercostal sobre la línea axilar posterior, se obtuvieron doscientos gramos de pus hepático con pequeños colgajos de tejido esfacelado, lo que hizo presumir que aquella sola punción no bastaría. En efecto, el día 30 del mismo Agosto, el cuadro sintomático, después de una mejoría pasagera, había vuelto á la misma intensidad que antes, lo que determinó la canalización del absceso: ésta la verificó el Dr. Icasa por el noveno espacio intercostal sobre la línea axilar posterior, después de haber introducido el trócar del aspirador: sobre la cánula como conductor, se fueron dividiendo los tejidos capa por capa hasta llegar al hígado; después de haber hecho la hemostasis y siempre sobre la cánula se introdujo el bisturi en la glándula hasta que el pus al salir entre la lámina del instrumento y los bordes de la herida, nos advirtió que se había llegado al foco: una vez ampliada la herida hepática, se introdujo el dedo índice y no se alcanzaron hacia adentro y arriba las paredes del absceso; pero sí se desprendieron algunos colgajos de tejido. Después se procedió al

al lavado con ácido bórico al 2% como lo dijimos anteriormente; se colocaron dos tubos que se cortaron al nivel de la superficie cutánea y que medían diez y ocho centímetros; después de haberlos sujetado convenientemente al tronco por medio de hilos y tela emplástica, se puso curación de Lister y una gruesa capa de algodón salicilado. La curación se repitió dos veces todos los días.

Los síntomas, y principalmente la calentura, fueron disminuyendo progresivamente; el escurrimiento del pus era fácil, el lavado perfecto y todo parecía indicar una marcha feliz; pero el día 13 de Septiembre el enfermo acusó, como á las cuatro de la tarde, un calosfrío intenso, dolor muy agudo en el epigastrio, y en la noche el termómetro marcó 40°. Por de pronto y siendo el dolor el síntoma que dominaba la escena, le aplicamos al enfermo una inyección sub-cutánea de á un centígramo de clorhidrato de morfina, después de lo que, se mitigaron considerablemente sus sufrimientos. Al día siguiente, al quitar la curación, estaba ésta totalmente humedecida por una gran cantidad de bilis pura y muy poco pus: la región hepática dolorosa, el hígado un poco crecido y la temperatura axilar de 39°. Esto dió lugar á que se sustituyeran los tubos con otros más delgados y por consiguiente más flexibles. Por ellos escurrió una cantidad de pus como de dos onzas ó un poco más, lo que nos hizo creer en la existencia de otro absceso, suposición que autorizaba la concomitancia de la hicteria: desde entonces, á la vez que la cantidad de bilis fué menor que el día 14, el cuadro sintomático que había acompañado aquel accidente, fué progresivamente desapareciendo, al grado que para el día 16, es decir, á los tres días, todo volvió al mismo estado que anteriormente.

A medida que las condiciones lo requerían, se fueron cortando los tubos hasta que se obtuvo la cicatrización completa de la cavidad. El día 15 del mes de Octubre, el enfermo salió de alta, en un estado satisfactorio de salud, y sin el menor accidente que nos hiciera sospechar una curación imperfecta. La exploración cuidadosamente practicada, sólo nos hizo notar que la glándula hepática estaba ligeramente disminuida de volumen.

TERCERA.—Clínica interna de quinto año, recogida por el alumno A. Garduño.

M. C., natural de México, soltero, de 38 años de edad, de oficio carpintero y de costumbres alcohólicas. Ocho meses hace que comenzó su padecimiento actual, el que fué consecutivo á la ingestión de una gran cantidad de pulque y aguardiente. Dos días después de haber abusado de los alcohólicos, se presentaron en él todos los síntomas de una hepatitis aguda, probablemente situada en la convexidad del lóbulo derecho y la cual desapareció casi completamente bajo la influencia de un tratamiento conveniente á que se sujetó. No quedó más que un dolor en el hipocondrio derecho, sin que su intensidad le impidiera entregarse á sus ocupaciones; pero como volvió á entregarse

á los excesos alcohólicos, á las tres semanas después de haberse aliviado, inmediatamente apareció el mismo cuadro sintomático de la primera vez, que no tardó en desaparecer, quedándole como siempre el dolor en el hipocondrio con irradiaciones hacia el hombro derecho.

El 12 de Enero de 1888 fué atacado de la misma enfermedad por la misma causa que en las otras ocasiones; pero pocos días después de haber comenzado tuvo sudores abundantes, tos y perturbaciones gastro-intestinales. El 15 del mismo mes por la noche, le sobrevino un acceso de tos muy fuerte y que trajo como consecuencia la espectoración de una gran cantidad de pus, color de chocolate al principio y después color de ladrillo molido. Con este accidente disminuyeron notablemente los síntomas concomitantes; la espectoración fué cada vez en menor cantidad y cambiando de caracteres hasta desaparecer por completo. Después de esta remisión saludable, volvieron á aparecer la calentura, los dolores, la diarrea y el decaimiento de las fuerzas.

Al examinar el enfermo en la clínica (principios de Febrero) se notó: el hipocondrio derecho abultado hasta como unos cinco centímetros abajo del reborde costal, describiendo el abultamiento una curva de convexidad inferior é interna. Los espacios intercostales derechos desde el sexto al undécimo estaban ensanchados y borrados los hundimientos que forman en un individuo demacrado. A la palpación el tumor es elástico, renitente, doloroso á la presión y dá los signos de la fluctuación profunda. La percución confirma los datos anteriores y enseña que el borde superior del hígado corresponde á la sexta costilla en la línea mamilar y para-esternal, subiendo hasta la quinta sobre el trayecto de la línea axilar.

Por parte del aparato respiratorio se encontraron los siguientes síntomas: ligeramente exageradas las vibraciones torácicas, oscuridad á la percución al nivel del ángulo inferior del homóplato derecho y macicez en la parte inferior: respiración pueril en el vértice y estertores sub-crepitantes gruesos en la base.

Diagnóstico; absceso hepático, abierto en los bronquios, oclusión de la fístula hepato-brónquica y reproducción del absceso. Viendo que la temperatura se mantenía á 39° en las noches, que el absceso era de grandes dimensiones y que el enfermo se agotaba, se practicó el 22 de Febrero una punción con el aspirador de Potain en el octavo espacio intercostal sobre el trayecto de la línea axilar y se extrajeron dos mil setecientos gramos de pus hepático. Con esto se obtuvo una mejoría que duró bien poco; pues el día 2 de Marzo los signos físicos y racionales indicaron que el absceso se había reproducido, y teniendo muy en cuenta sus dimensiones se practicó la canalización inmediatamente por el mismo espacio intercostal en que se había hecho la punción. Al ejecutarla el Dr. I. Berrueco, fué dividiendo los tejidos capa por capa hasta llegar al hígado; y una vez hecha la hemostasis puncionó con el bisturí sobre la cánula del trócar del aspirador previamente colocada. Después de haber lavado el foco con una solución fénica al uno por ciento, se puso un solo tubo largo de diez centíme-

tros y se aplicó una tira de tela de salud cubriendo el todo con hilas y una gruesa capa de algodón.—La temperatura fué sucesivamente disminuyendo, y solo una vez se elevó á 39°5 por espacio de tres días, lo que fué debido á la retención del pus en la cavidad. Cuando pasaron tres semanas después de la operación, ya no salía por el tubo sino una pequeña cantidad de pus hepático el cual no volvió á salir más, al cabo de algunos días, no quedando entonces sino una pequeña fístula que cerró con inyecciones de eterolado de iodoformo. El día 30 de Abril el enfermo salió de alta perfectamente curado.

CUARTO.—Clínica interna de 5° año recogida por el alumno F. Vazquez Gómez.

V. Ch. de México, de 24 años de edad, soltero, de oficio panadero y de costumbres alcohólicas, entró al Hospital "San Andrés" á ocupar la cama número 26 de la Sala de clínica interna de 5° año el 23 de Marzo de 1888. Refiere su enfermedad á un enfriamiento y dice que comenzó con los síntomas de una hepatitis sub-aguda á juzgar por los datos que suministra el conmemorativo. A principios de Febrero del mismo año, comenzó á notar un tumor que le aparecía en la parte inferior del costado derecho, el que fué progresivamente aumentando de volumen y haciéndose cada vez más doloroso al grado de impedirle acostarse de ese lado; pero sin que tuviera perturbaciones gastro-intestinales, ni calentura, sino ligeros sudores en las noches y una tos poco molesta.

A su entrada al Hospital, el enfermo tenía una temperatura de 37° 8 por la mañana y 38° en la noche. Además, la exploración física reveló un tumor ocupando el hipocondrio derecho y la parte inferior del costado del mismo lado; dolores expontáneos y provocados á la presión en las mismas regiones, y un punto doloroso al nivel del hombro. La fluctuación era evidente al nivel de los espacios intercostales 8°, 9°, 10° y 11°. Reuniendo y apreciando los datos anamnésticos y los dados por la exploración (que no enumeramos por no creerlos de importancia para nuestro objeto) se diagnosticó un enorme absceso de hígado en el lóbulo derecho con tendencia á abrirse por los bronquios y muy principalmente por los espacios intercostales. Al día siguiente de aquel en que ingresó al Hospital, el Dr. Lavista hizo una punción aspiradora y se extrajeron en esa sola vez cinco mil gramos de pus hepático. El 25 de Marzo la temperatura subio á 39° en la noche y el 26 se hizo la canalización ó se pretendió hacer; pues al practicar la insición en el 9° espacio intercostal y cuando se había dividido la piel y el tejido celular sub-cutáneo, el pus escurrió inmediatamente y en tal abundancia, que el Dr. I. Berrueco, que fué el operador, nos refirió en la clínica que bien podia calcularse en unos siete mil gramos. Al explorar el foco con el dedo se encontraron necrosadas las 9ª 10ª y 11ª costillas y como flotando en la cavidad Esto hizo que se practicara en el acto la operación de Stlander. Cuan-

do nos encargamos del estudio de este enfermo, ya se le habian hecho las operaciones anteriores; entonces presentaba un foco de tan grandes dimensiones que en su pared superior é interna, se veian los movimientos que le comunicaban las contracciones del corazón al través del centro frénico y de una muy delgada capa de tejido hepático. La superficie interior del foco era de un color gris sucio y estaba sembrada de grandes colgajos de tejido esfacelado. Lo que más nos llamó la atencion fué que á pesar de los desordenes locales tan considerables, el enfermo apenas tenia una temperatura de 38° 5 en las noches, que su apetito se conservara perfectamente y no hubiera ni el más ligero indicio de diarrea.

Las curaciones se efectuaron una vez todos los dias y el lavado se hacia con un aparato de irrigación continua: un tubo en comunicación con un recipiente inferior á donde llegaban las aguas sucias y otro en ralación con un depósito de solución fénica al uno por ciento y colocado como á un metro más arriba del nivel de la cama.

Entonces pudimos notar que en las mañanas el tubo inferior estaba fuera del recipiente y algunas veces las extremidades interiores de ambos tubos se habian desalojado descomponiendo al mismo tiempo la curación.

El enfermo fué sucesivamente agotándose, los productos de la supuración sufrieron la fermentación pútrida, vinieron los síntomas de una septicemia espantosa, más una trombosis de la vena cava inferior, desde la desembocadura de las venas renales hasta las femorales y el enfermo sucumbió el dia 3 del mes de Abril.

No mencionamos aqui todos los detalles clínicos de esta historia tan curiosa como importante, porque sería necesaria una extensión de que no podemos disponer. Por otra parte, lo que dejamos asentado, prueba: 1ª que en este caso no debió recurrirse á la punción, porque de antemano podia considerarse como insuficiente; y 2ª que la llamada irrigación continua, presenta más inconvenientes que ventajas.

QUINTA.—Del Dr. J. Ramón Icasa.

M. G. natural de México, de 29 años de edad, soltero, de oficio zapatero, de costumbres alcohólicas y sifilítico, entró al Hospital "Concepción Béistegui" el dia 6 de Diciembre de 1888 á ocupar la cama núm. 63 del servicio del Dr. Icasa. Refiere que su enfermedad comenzó hace cuatro meses por un dolor en el hipocondrio derecho: que permaneció sin otro accidente durante tres semanas al cabo de las cuales comenzó á sentir calosfríos, calentura en las tardes y sudores por las noches: que entonces el dolor se extendió al hombro derecho y á la parte inferior y posterior del costado del mismo lado. Al mismo tiempo que estos síntomas, pudo notar que le era imposible acostarse sobre el lado derecho por la intensidad del dolor y tampoco sobre el lado izquierdo porque experimenta una sensación de peso sobre el estómago: que hace como cinco días comenzó á tener una tos seca, breve, muy

molesta al principio, que después se acompañó de una espectoración catarral.

En la actualidad (6 de Diciembre) tiene: temperatura de 38 ° 5 en la mañana y de 39 ° 2 en la noche, dolor en el hipocondrio y en el hombro derechos, tos con espectoración catarral, sudores por la noche y á la exploración física se nota: abovedamiento en el hipocondrio y en la parte inferior del costado derechos, los últimos espacios intercostales ensanchados, la escursión costal casi nula y muy poco notables los movimientos del diafragma en su mitad derecha. A la palpación, el hígado se nota crecido hacia abajo, desbordando el reborde costal como unos seis centímetros; es doloroso á la presión. A la percución se comprueba el crecimiento general de la glándula así como que la macicez forma en la parte superior y al nivel de la línea axilar, una curva de convexidad superior elevándose hasta la quinta costilla. No hay perturbaciones gastro-intestinales y sí se notan claramente los signos de una bronquitis y de una pleuresía seca de la base

Diagnóstico. Absceso hepático desarrollado en el lóbulo derecho con tendencia á abrirse por los bronquios.

Tratamiento. El día 8 de Diciembre se practicó una punción aspiradora por el 8º espacio intercostal y se extrajeron seiscientos gramos de pus hepático. La temperatura, que la víspera había sido de 38 ° 1, fué de 37 ° 5 hasta el día 10 en la mañana; pero en la noche de este día subió á 39 ° 6 y repetida la exploración nos hizo ver que el absceso se había reproducido.

Visto el mal estado general del enfermo así como la intensidad de los fenómenos locales, se resolvió canalizar el absceso, lo cual se verificó el día 12 de Diciembre.

Previas las condiciones antisépticas que mencionamos en otro lugar, y las cuales fueron perfectamente satisfechas, se hizo una incisión sobre la línea axilar, en el 7º espacio intercostal y de una extensión como de siete centímetros. Los tejidos fueron divididos capa por capa, se hizo la hemostasis á medida que fué necesario, se llegó al hígado sobre la cánula del trócar previamente colocado, y se hundió el bísturi hasta llegar al foco. Explorada convenientemente la cavidad y desprendidos algunos colgajos, se procedió al lavado con el tubo de un irrigador hasta que las aguas salieron perfectamente limpias. Entonces se colocaron los dos tubos (del núm. 7), se cortaron al nivel de la piel, se sujetaron con hilos y se inyectó solución bórica por uno de ellos comprobándose su regular funcionamiento. En seguida se puso polvo de iodoformo y se aplicó la curación de Lister combinada con el empaque algodonado de Guerin.

En la noche de ese día la temperatura fué de 37 ° 7, al día siguiente de 37 y así siguió hasta el 16 en la noche en que el termómetro marcó 38 ° . Se cambió inmediatamente la curación y el día 17 en la mañana la temperatura fué de 37 ° 6.—Las curaciones, con excepción del día 16, solamente se hicieron una vez cada veinticuatro horas. El accidente que sobrevino fué la salida de una gran cantidad de bilis por

los tubos, que medían diez y siete y medio centímetros; este accidente tuvo lugar el día 14; pero bastó cortar los tubos como unos tres centímetros y medio para que desapareciera el día 17 en la mañana; siendo de notar que sólo se acompañó de la ligera elevación de temperatura observada el día 16.

Con objeto de combatir la bronquitis y la pleuresía, se le prescribieron los polvos de Dower y el ioduro de potasio, siendo muy notable el alivio que se obtuvo.—Como régimen alimenticio se le sujetó á la dieta láctea; pero el día 20 del mismo mes, se le prescribió sopa y carne.

El estado general se fué rápidamente mejorando así como los fenómenos locales; pues para el 31 de Diciembre la cicatrización era completa.

El enfermo pidió su alta el día 4 de Enero de 1889 y salió perfectamente curado, con muy buen apetito y sus funciones digestivas en perfecto estado.

SEXTA.—Del Dr. Francisco Hurtado.

F. N. natural de México, de 29 años de edad, casado, de oficio panadero y de costumbres alcohólicas, ocurrió al Consultorio de Maternidad en Mayo de 1887, quejándose de un padecimiento hepático que había comenzado á sufrir en Diciembre de 1886 á consecuencia de un exceso cometido. Después de varios días de la primera consulta, el Dr. Villalobos comprobó los signos de un absceso hepático inclusive la fluctuación perpendicular al nivel del 9º espacio intercostal derecho, el cual estaba notablemente ensanchado. El absceso había crecido ó se había desarrollado en la convexidad del lóbulo derecho. El Dr. Villalobos practicó una punción aspiradora en el punto en que la fluctuación se dejó sentir y obtuvo seiscientos gramos de pus hepático: el absceso se reprodujo y se hizo una segunda punción á los quince días de practicada la primera.

Los progresos del mal no se detuvieron con las dos operaciones anteriores y el 18 de Junio del mismo año de 1888, el padecimiento se había extendido al lóbulo izquierdo, el cual estaba notablemente crecido, fluctuante, la piel del epigastrio adherida, de aspecto flemonoso. La fiebre era remitente de 39 ° en las noches, había vasca, diarrea y el estado general muy malo. En estas circunstancias se practicó la canalización por el procedimiento de Little, puncionando por el epigastrio donde bastó el debridamiento de la piel para dar salida al pus: éste fué próximamente en una cantidad de mil doscientos gramos. Las paredes del foco eran tortuosas, irregulares, fungosas y fuertemente adheridas por su parte anterior, al peritoneo. La operación fué ejecutada por el Dr. Hurtado.

Se colocaron dos tubos y se hizo una curación antiséptica, teniendo cuidado de cambiarla dos veces al día. Después de ejecutada la canalización, la temperatura fué disminuyendo hasta ser normal y el pus fué también siendo cada vez menos abundante hasta agotarse comple-

tamente como un mes después de practicada la operación. No hubo accidente alguno, ni durante la operación ni en el curso del trabajo de reparación.

En Octubre del año pasado (1888) el Dr. Hurtado volvió á ver al enfermo en perfectas condiciones de salud: la cicatriz medía como unos tres centímetros, era transversal y como á seis centímetros abajo del reborde de las falsas costillas. El hígado normal en sus dimensiones.

SEPTIMA.—Del Dr. Francisco Hurtado.

M. G. natural de México, de 34 años de edad, casado, de oficio zapatero y con habitación en las Rejas de la Concepción núm. 1, fué visto en Septiembre de 1888 en que presentaba calosfríos, calentura, sudores, tos con espectoración sanguino-pirulenta de olor fétido y un abultamiento en el epigástrio, extendiendose hácia el hipocondrio derecho un poco; pero más hácia el lado izquierdo de la línea media, llegando por la parte inferior hasta la zona umbilical. Este abultamiento es doloroso á la presión, de consistencia semi-dura y animado de latidos isócronos á las pulsaciones arteriales. Teniendo en cuenta los datos suministrados por el conmemorativo, los que se obtuvieron por la exploración física, se estableció el diagnóstico de un absceso de hígado, probablemente en comunicación con los bronquios, al menos al principio. La observación continuada vino á poner de manifiesto que el tumor aumentaba progresivamente de volumen y se hacía cada vez más doloroso: la expectoración purulenta había cesado por completo.

El 27 de Septiembre y previa la desinfección de la piel de las paredes abdominales, se procedió á la canalización del absceso según el procedimiento de Little. La incisión fue hecha como á cinco centímetros abajo del reborde de las falsas costillas, de una extensión de cuatro centímetros y de dirección horizontal. El pus que salió contenía gran cantidad de tejido esfacelado bajo la forma de colgajos; y el foco medía como ocho centímetros hacia arriba y hacia afuera y seis hacia atrás: la cavidad enteramente irregular.

Una vez que el absceso es vaciado, se pierde el paralelismo entre las heridas á pesar de las adherencias: Se tiene gran dificultad en introducir los tubos, lo que se logró al fin, después de varias tentativas y se lava el foco con bicloruro de mercurio al uno por dos mil.

En la parte inferior de la herida, se nota el epiplón, se pone una ligadura con catgut y se reseca la porción flotante.

Los tubos que se colocaron fueron en número de dos, largos y formando un sifón doble cuya larga rama estaba sumergida en líquido antiséptico.

Después de la operación, el enfermo tiene náuceas, enfriamiento de las extremidades y el pulso débil y frecuente. Se le administró hielo y medio centígramo de extracto tebaico cada hora. Los tubos no funcionan.

El 29 de Septiembre, pulso débil, meteorismo, descomposición de la fisonomía, depresión de las fuerzas, lo que se atribuye á la depresión del simpático abdominal. Se le prescribe al enfermo un milígramo de sulfato de estricnina cada dos horas y lavativas laudanisadas. Los tubos no funcionan bien. Hay dolor en el vientre.

El día 30 los síntomas anteriores van disminuyendo poco á poco; el meteorismo es menos marcado. La curación sucia por gran cantidad de pus; los tubos comienzan á funcionar.

El foco se fué retrayendo poco á poco, pero la herida cutánea se estrecha notablemente al grado de no permitir la introducción de los tubos: el enfermo se agota de nuevo y se le propone la ampliacion de la fístula ó su dilatación con laminaria, que rehusa, y en este estado se le deja de ver.